Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Lucas Tramontano

Testosterona: as múltiplas faces de uma molécula

Rio de Janeiro

2017

Lucas Tramontano

Testosterona: as múltiplas faces de uma molécula

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

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

T771 Tramontano, Lucas.
Testosterona: as múltiplas faces de uma molécula / Lucas Tramontano. – 2017.
397 f.

Orientadora: Jane Araújo Russo

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

1. Testosterona – Teses. 2. Preparações farmacêuticas – Teses. 3. Masculinidade – Teses. I. 4. Medicalização – Teses. I. Russo, Jane Araújo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 577.175.6

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

_____ _____

Assinatura Data

Lucas Tramontano

Testosterona: as múltiplas faces de uma molécula

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. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovado em: 25 de maio de 2017.

Orientadora: Prof.ª Dra. Jane Araújo Russo

Instituto de Medicina Social – Uerj

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Sérgio Luis Carrara

Instituto de Medicina Social – Uerj

_____

Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize

Instituto de Medicina Social – Uerj

_____

Prof.ª. Dra. Fátima Regina Cecchetto

Fundação Oswaldo Cruz

_____

Prof. Dr. Marcos Antonio Ferreira do Nascimento

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

A Márcia Passos, por me apresentado um universo de possibilidades.

AGRADECIMENTOS

A Ya Ogunté, Oşogiyan e Omolu, que forjaram um guerreiro que pensa antes de lutar.

Ao Instituto de Medicina Social, em especial às funcionárias da Secretaria, sempre solícitas e pacientes.

Ao CLAM, por proporcionar espaço, estrutura e incentivo para o desenvolvimento de pesquisas como essa.

A CAPES, pelo auxílio financeiro concedido a esta pesquisa.

A Jane Araújo Russo, por confiar em mim nesses anos todos, principalmente nesse final, por permitir a discordância, por controlar meus excessos, e por me ensinar a ensinar.

A tantas professoras e professores que cruzei nessa caminhada, mas especialmente, Naira Vidal, Sérgio Carrara, Maria Luísa Heilborn, Horácio Sívori e Rafaela Zorzanelli.

Aos colegas do grupo de pesquisa, Livi Faro, Marina Nucci, Cristiane Thiago, Regina Senna, Bruno Zilli, Lilian Krakowski, Isabela Vieira e Denise Oliveira, que ajudaram a transformar uma ideia frouxa em alguma coisa.

A Aline Duque, Marcos Nascimento, Fernanda Alzuguir, Rogério Azize, Anacely Costa e Marcos Carvalho, por todas as conversas e reflexões, sérias e descontraídas.

Aos colegas professores e alunxs da Especialização em Gênero e Sexualidade (EGeS), pelos primeiros passos na docência.

Às colegas do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ, Egléubia Oliveira, Rachel Aisengart, Jaqueline Ferreira, Neide Emy, Elaine Brandão, Miriam Ventura e César Paro, foi um prazer trabalhar com vocês, e especialmente a Iolanda Szabo, que nossas vidas continuem se cruzando.

Aos meus amigos, "Pouco – bem poucos...e que não zombavam/ Quando, em noites de febre endoudecido,/ Minhas pálidas crenças duvidavam", em especial, Ivan Tourinho, Victoria Townsendd e Juliana Gatto.

A Julio Azevedo, pela coxa de Abraão e outras tantas Histórias.

A Thaís Barradas, Clemilson Berto Jr., Luisa Arueira e Thyago Cardim, pelas pequenas consultorias, por não me deixar esquecer de onde eu vim.

A Mirani Barros, por essa simbiose, por chamar de "nossa" cada mínima vitória e cada retumbante fracasso, e por sempre lembrar que se fosse fácil, todo mundo era.

A Alex Turk, pela cumplicidade, pelas incontáveis madrugadas me ouvindo, pelo exercício retórico de discordar por discordar.

A Natalia Vargas, pelo limite das palavras.

A Luiz Henrique Macêdo, olha aí seu guri!

A Gloria Tramontano, por me ensinar a nobreza do ofício de ensinar – você será sempre minha inspiração a cada vez que entrar numa sala de aula.

A Socorro e Casemiro Carvalho, por ser família, por todas as conversas no quintal.

A José Renato Videira, pelo de sempre, mas especialmente dessa vez – não teria dado tempo sem você.

A Claudia Tramontano, por me fazer poeta, por ensinar que nada importa se não há paixão.

A Mario Carvalho, minha luz em meio à escuridão, meu pilar quando só há ruínas, minha ordem quando tudo é caos. Foram dias difíceis, mas veja até onde a gente chegou! Essa tese também é sua.

E, mais importante, a todos os homens que participaram dessa pesquisa, por dividirem comigo suas histórias, suas vidas, suas intimidades, seus sucessos e seus receios.

EPÍGRAFE

Ainda mais importante foi passar o ano numa comunidade composta predominantemente de cientistas sociais. Esse contato confrontou-me com problemas que não antecipara, relativos às diferenças entre essas comunidades e as dos cientistas ligados às ciências naturais, entre os quais eu fora treinado. Fiquei especialmente impressionado com o número e a extensão dos desacordos expressos existentes entre os cientistas sociais no que diz respeito à natureza dos métodos e problemas científicos legítimos. Tanto a História como meus conhecimentos fizeram-me duvidar de que os praticantes das ciências naturais possuam respostas mais firmes ou mais permanentes para tais questões do que seus colegas das ciências sociais. E, contudo, de algum modo, a prática da Astronomia, da Física, da Química ou da Biologia normalmente não evocam as controvérsias sobre fundamentos que atualmente parecem endêmicas entre, por exemplo, psicólogos ou sociólogos.

Thomas Kuhn, A Estrutura das Revoluções Científicas

RESUMO

TRAMONTANO, Lucas. *Testosterona*: as múltiplas faces de uma molécula. 2017. 398 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta é uma tese sobre diferentes biografias do hormônio sexual testosterona em homens. Através de relatos de história de vida de vinte e um usuários de testosterona, pretendeu-se demonstrar os meandros da interação dos homens com o hormônio, sob diferentes apresentações e visando objetivos distintos. A perspectiva teórica baseou-se nos estudos de gênero, em especial, de homens e masculinidades, e nos estudos sociais de ciência e tecnologia, com destaque para o processo de molecularização. Buscou-se localizar a testosterona em três supostas dicotomias, a saber, natural *versus* artificial; legal *versus* ilegal; e controle *versus* autonomia. Na primeira parte, uma história social do hormônio, busca-se uma genealogia da testosterona em sua acepção mais plenamente científica, refletindo sobre as intrincadas relações entre ciências, verdades científicas, e a produção de legitimidade. Na segunda parte, biografias conjuntas do hormônio, a análise se centrou nos relatos dos homens, nos mecanismos de busca da testosterona; na percepção de seus diferentes efeitos sobre o corpo e a masculinidade; e nas interações sociais e manipulações do estigma relativo ao uso, aproximando diferentes experiências de corporalidades e masculinidades. As conclusões apontam para uma capacidade da testosterona em expor atributos específicos da masculinidade hegemônica, compreendidos como compondo uma ideia de virilidade, e para o recurso a biotecnologias como uma via preferencial em processos de modificação corporal.

Palavras-chave: Testosterona. Medicamento. Masculinidade. Medicalização. Gênero.

ABSTRACT

TRAMONTANO, Lucas. *Testosterone*: the multiple faces of a molecule. 2017. 398 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

This is a thesis about different biographies of the sex hormone testosterone in men. Through life history interviews with twenty-one testosterone users, it was intended to demonstrate the intricacies of men's interaction with the hormone, under different presentations and for different purposes. The theoretical perspective was based on the gender studies, especially men's and masculinities' studies, and in the social studies of science and technology, with emphasis on the process of molecularization. We sought to locate testosterone in three supposed dichotomies, namely, natural *versus* artificial; legal *versus* illegal; and control *versus* autonomy. In the first part, a social history of the hormone, we searched for a genealogy of testosterone in its most fully scientific sense, reflecting on the intricate relationships between sciences, scientific truths, and the production of legitimacy. In the second part, conjoint biographies of the hormone, the analysis focused on the reports of men, on their search mechanisms for testosterone; on their perception of its different effects over their body and their masculinity; and on the social interactions and manipulations of the stigma related to the use, approximating different experiences of corporalities and masculinities. The findings point to an ability of testosterone to exhibit specific attributes of the hegemonic masculinity, understood as composing an idea of virility, and to the appeal of biotechnologies as a preferred pathway in body modification processes.

Keywords: Testosterone. Drugs. Masculinity. Medicalization. Gender.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	**ENTRE DEUSES, HERÓIS E GUERREIROS**	49
1.1	**Notas preliminares: a história social da testosterona**	49
1.2	**A manufatura mitológica do homem**	51
1.3	**O testículo bíblico, ou a coxa da Abraão**	53
1.4	**Testículos na Antiguidade Greco-Romana**	57
1.5	**Testículos medievais e renascentistas**	59
1.6	**Os testículos como uma protoideia de virilidade**	62
2	**A GESTAÇÃO DA TESTOSTERONA**	65
2.1	**Revoluções, ciências e corpos: da hierarquia que gera diferença à diferença que gera hierarquia**	66
2.2	**Notas sobre a ciência e seus paradigmas**	74
2.3	**A potência paradoxal da anomalia**	77
3	**OS MÉTODOS E SUAS VERDADES**	86
3.1	**"Eu excito, desperto"**	87
3.2	**Dois sexos, dois hormônios**	91
3.3	**"*You are only as old as your glands*": o caso da glândula de macaco**	93
3.4	**Isolar, identificar e produzir**	109
4	**DESVIANTES QUÍMICOS, DEFORMADOS CEREBRAIS, INADEQUADOS GENITAIS**	132
4.1	**Do cérebro viestes, ao cérebro retornarás: um (des)encontro entre homossexualidade, intersexualidade e transexualidade**	142
4.2	**O fenômeno transexual**	154
4.3	**A classificação do diagnóstico**	163
5	**O APRIMORAMENTO DO DESEMPENHO: ENTRE O TÔNICO E A FRAUDE**	169
5.1	**Um elixir de juventude**	176
5.2	**Um tônico muscular**	180
5.3	**Todo mundo quer melhorar a performance**	199
6	**A BUSCA**	207
6.1	**Notas preliminares: biografias conjuntas da testosterona**	207
6.2	**Histórias de vida da testosterona**	212

6.3 **Percepção do corpo e motivos do uso**..... 214
6.4 **Acesso e custo**..... 226
6.5 **Escolha da substância, divulgação científica e "tradução imperfeita"**..... 239
7 **O ENCONTRO**..... 267
7.1 **Modos de uso e formas farmacêuticas**..... 268
7.2 **"É mais força, explosão e libido"**..... 279
7.2.1 Força: "*Agora eu sei porque os caras tomam isso aqui como se não fizesse mal nenhum!*"..... 283
7.2.2 Libido: a "*marreta de aço*" e o "*pau macio*"..... 290
7.2.3 Agressividade: "*parecia que eu vivi meses de TPM*"..... 302
8 **E DEPOIS...**..... 311
8.1 **Ganhos sociais: "*mamãe tô forte, garotinho sou gostoso*" ou "*eu virei um fetiche*"**..... 313
8.2 **Lidando com os estigmas do uso**..... 331
8.3 **Uma pedagogia da testosterona**..... 348
8.4 **O "Outro" ou a testosterona má**..... 357
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 371
REFERÊNCIAS..... 384
APÊNDICE A – Perfil dos entrevistados..... 395
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista..... 396
APÊNDICE C – Lista das substâncias utilizadas..... 397

INTRODUÇÃO

Dosis sola facit venenum
Tudo é veneno; apenas a dose determina o que cura e o que mata
Paracelsus, Dritte Defensio, 1538

Essa é uma tese sobre testosterona. Não sobre seus usos, nem sobre seus usuários. Não é uma tese sobre um medicamento, nem sobre uma droga de abuso. Não é uma tese sobre uma molécula, nem sobre um símbolo. Não é sobre masculinidade, nem sobre medicalização. Porém, inevitavelmente, essa tese passeia por todos esses assuntos. Meu objetivo foi justamente explorar a vida errante e ambígua da testosterona, que tem seus usos e usuários, que pode ser vista como medicamento e como droga de abuso, que hoje é uma molécula, um símbolo e uma mercadoria que se relaciona intimamente (e até promiscuamente) com o corpo e a "masculinidade dos homens"[1], diversos, mas ainda homens.

Ao final dos anos 2000, terminava uma graduação em Farmácia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), já convencido de que seguiria uma carreira acadêmica. O ambiente laboratorial, contudo, me parecia profundamente enfadonho. A militância no movimento estudantil, e anos de Iniciação Científica num difuso campo de Farmácia Social apontavam numa outra direção, e a Saúde Coletiva surgia como uma promissora saída para escapar da esterilidade repetitiva do laboratório. Num pensamento comum ao recém-formado, me perguntava, um tanto desolado, por que afinal decidi fazer esse curso, se meus interesses acadêmicos pareciam destoar tanto dos de meus colegas? A resposta ainda era a mesma desde a escolha pelo curso: o medicamento.

A ideia de que uma substância, alheia ao organismo, seja capaz de produzir um efeito significativo no corpo sempre me fascinou. Ao pensarmos sobre o medicamento, é inevitável falar sobre uma série de ambiguidades. Diversos dualismos subjazem à própria definição de remédio como um insumo farmacêutico, e o medicamento parece constantemente borrar os limites entre seus polos. São feitas considerações acerca de sua função, como insumo de saúde ou mercadoria. Seu uso, pontual/agudo ou continuado/crônico, traz questionamentos acerca do que seria natural ou artificial, "biológico" ou "químico". Se expandimos sua definição para incluir outras terapêuticas que não a biomédica, esbarramos em outra dicotomia: o "remédio" e o "medicamento", em outras palavras, um uso "popular/leigo",

[1] Referência à obra de Miguel Vale de Almeida, *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*, uma base teórica e uma inspiração dessa pesquisa.

baseado num saber tradicional, ou o uso "médico", calcado em um saber técnico e especializado. Um medicamento serve para curar ou para tratar? Muito se fala em uma capacidade de aperfeiçoar, o que inclui ainda outra dimensão a essa ambiguidade original. Ao fazer uso de tal (bio)tecnologia, estaríamos gerindo nossa saúde e nossos corpos, num processo de ganho de autonomia, ou nos submetendo às normas impostas pela bilionária indústria farmacêutica, sendo, portanto, direta ou indiretamente controlados? Considerando a ampla utilização do medicamento nas sociedades ditas ocidentais (o que levanta ainda a questão do "uso racional" *versus* o uso "irracional"[2]) e o crescimento de seu uso "recreativo", quais seriam os sentidos de sua utilização em termos de legalidade ou ilegalidade?

Antes de seguirmos tais considerações, faz-se necessário esclarecer o que estou chamando de "medicamento". Refiro-me à definição estabelecida pelas Ciências Farmacêuticas[3], e, ao fazê-lo, não pretendo desconsiderar outras definições conflitantes, mas sim focar o que se tornou hegemônico no estilo de pensamento contemporâneo. Assim, o medicamento passou a ser descrito e entendido como um insumo biomédico, relegando outras terapêuticas à posição subalterna de "terapias alternativas" (quando não "pseudociência" ou "charlatanismo") ou a serem classificadas no termo mais amplo "remédio", que possivelmente incluiria práticas diversas (como "andar na praia" ou "descansar"), sem uma atuação direta no corpo autárquico e fechado da biomedicina moderna[4]. Portanto, o termo "medicamento" define o produto acabado, o insumo farmacêutico, que contém o "princípio ativo" (também chamado "fármaco" ou "substância bioativa"), ou seja, a substância que desencadeará o efeito farmacológico esperado no organismo, e seus "adjuvantes", outras substâncias incluídas na formulação para favorecer, de diferentes maneiras, a atuação do princípio ativo. Esse produto acabado pode ter diversas "formas farmacêuticas" ou "apresentações", seja um comprimido, uma ampola, um líquido ou até um pirulito, e poderá ter várias "vias de administração", como oral, nasal, intravenosa, dentre outras (ANSEL, 2000).

---

[2] Segundo a Organização Mundial de Saúde (1986): "Há Uso Racional de Medicamentos quando os pacientes recebem medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, em doses adequadas e individualizadas, pelo período de tempo necessário e a um custo razoável para eles e sua comunidade". O uso é irracional sempre que fora dessas condições. Na realidade brasileira, os exemplos mais comuns do uso irracional são quando alguém volta/continua a tomar um medicamento prescrito anteriormente, baseando-se num autodiagnostico, ou o hábito de indicar/fornecer medicamentos para outras pessoas. Para uma análise crítica dessa perspectiva de uso "racional", ver Geest & Whyte (2011).

[3] As considerações presentes nesses primeiros parágrafos se pretendem um diálogo com os campos científicos agrupados nas Ciências Farmacêuticas. Em diversas passagens da tese, especialmente quando há referências à bioquímica e à fisiologia, me refiro às teorias básicas desse campo descritas nos manuais referenciados.

[4] Essas práticas estariam vinculadas a uma ideia de "qualidade de vida" ou "bem-estar", associada a um processo mais amplo de medicalização, sendo de alguma forma considerada uma "questão de saúde", inclusive com potenciais efeitos fisiológicos, mas não propriamente uma ferramenta biomédica.

O próprio termo fármaco vem de uma ambiguidade. Sua etimologia remonta ao grego φάρμακον (*phármakon*), que significa simultaneamente cura e veneno[5]. Foi essa a argumentação de Paracelso, considerado um "Pai" da Farmacologia, que trago na epígrafe: em sua "terceira defesa", cita o *phármakon* para justificar seu uso terapêutico de metais pesados e negar a acusação de intoxicação de pacientes que, dentre outras terapêuticas revolucionárias (e execradas) à época, viriam a lhe custar o título de médico. Essa primeira ambiguidade é apresenta com destaque nas primeiras aulas da graduação em Farmácia, para que o futuro farmacêutico não se esqueça que não há remédio sem veneno, ou melhor, não há medicamento sem efeito adverso.

Ao escolher essa definição de medicamento, porém, já respondo a algumas daquelas ambiguidades citadas inicialmente – o medicamento está, pois, localizado como um construto próprio da biomedicina, como uma tecnologia industrial, imbuído de um saber especializado dominado por poucos, e como algo necessariamente exógeno, externo ao organismo. Para tal, pressupõe um tipo bastante específico de corpo, de prática clínica e de sentidos atribuídos ao processo de saúde-doença. Entretanto, algumas ambiguidades perduram, e mais do que isso, ganham significado apenas a partir dessa localização, sendo, por isso, muito caras para essa análise. Assim, o foco aqui será em três dicotomias que considero centrais para pensarmos as acepções contemporâneas do medicamento, a saber, natural *versus* artificial; legal *versus* ilegal; e, em última instância, controle *versus* autonomia.

Em 2009, porém, quando terminei a graduação, não conhecia outra definição do medicamento que não fosse essa, mas sentia que tinha algo no "tomar remédio" que escapava à simples prescrição médica. A proximidade com a Farmacoepidemiologia e as discussões sobre o uso racional já davam a entender que havia outras dimensões do medicamento que a bioquímica não seria capaz de explicar. O contato com o livro *O medicamento como mercadoria simbólica*, de Fernando Lefèvre (1991), foi um divisor de águas. Era um livro sobre medicamento, mas não aquele do princípio ativo e seus adjuvantes. O medicamento de Lefèvre era muito mais potente: era ainda um insumo farmacêutico, mas era uma mercadoria numa sociedade que consome saúde, e era um símbolo. Através dos hipertensos do livro de Lefèvre (1991), comecei a refletir sobre o que leva alguém a tomar um medicamento, principalmente quando não há cura.

[5] O termo "phármakon" é também utilizado na filosofia, com um sentido menos literal, mas conservando a ideia de ambiguidade. Platão, por exemplo, qualificou a linguagem como *phármakon* para o conhecimento, indicando que podia ser tanto benéfica quanto deletéria, posição analisada mais recentemente por Jacques Derrida. De toda forma, o uso do termo na filosofia indica algo que é simultânea e inseparavelmente positivo e negativo numa dada situação, o que acredito ser aplicável à testosterona e suas modificações corporais.

Dentro do universo de possibilidades da fisiologia e farmacologia contemporâneas, a regulação endócrina e o tratamento hormonal já se destacavam como algo merecedor de grande atenção aos meus olhos, e comecei desde então a pensar na possibilidade de desenvolver um projeto de mestrado sobre hormônios. Foi então que li o artigo de 2008 de Fabíola Rohden, *O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos*, e tive um primeiro contato com uma abordagem das Ciências Sociais e Humanas sobre o tema que tanto me interessava.

Nesse período, em 2010, muito se falava na Academia e na mídia especializada sobre DAEM (Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino), uma reformulação da antiga andropausa. O principal tratamento proposto para essa "nova" patologia é a reposição de testosterona. Assim, meu mestrado focou o diagnóstico e o tratamento de DAEM, uma patologia que acometeria homens a partir da meia-idade (localizada em torno dos 40/50 anos), quando a taxa hormonal de testosterona começa a diminuir gradativamente, causando uma série de sintomas principalmente relacionados a diminuição do desejo sexual, alteração do desempenho e da frequência sexual, cansaço físico e mental, irritabilidade, perda de massa muscular, aumento de gordura da região abdominal, perda de pelos, alteração da textura da pele, que fica mais fina, e em alguns casos, osteoporose. A diminuição da taxa de testosterona é considerada um processo natural do envelhecimento, mas pode ocorrer precoce e mais intensamente em alguns homens, que recebem o diagnóstico de DAEM e para os quais é prescrito um tratamento de reposição hormonal com testosterona (TRAMONTANO, 2012).

Foi no curso do mestrado que conheci uma ampla literatura produzida pelas chamadas "feministas biólogas". Li Ruth Hubbard, Ruth Bleier, Anne Fausto-Sterling, Londa Schiebinger, Cynthia Russet, Emily Martin, Nelly Oudshoorn e Marianne van den Wijngaard, dentre outras. Fui muito convencido pela proposta de um diálogo socioantropológico com as Ciências Biológicas. Esse foi um ponto definidor da minha incursão nas Ciências Humanas, que marca todo o meu olhar como pesquisador. Eu havia me tornado um "nativo estrangeiro" na bioquímica. Escolher como objeto um construto bioquímico, a testosterona, foi um exercício penoso de distanciamento. Por várias vezes, tive de "desnaturalizar" pressupostos que sequer percebia como tal, e senti uma enorme dificuldade em explicar certos procedimentos cotidianos do "laboratório", que não estavam descritos em manuais ou procedimentos operacionais padrão citáveis. A perspectiva de "dentro", meu olhar treinado para o trabalho laboratorial, sem dúvida me colocava numa posição única de questionar, nos próprios termos das ciências de laboratório, a parcialidade de seus postulados transformados em verdades, de sua construção ativa da realidade mascarada num mero observar da natureza.

Mas também me fez conivente com algumas de suas práticas, e até defensor delas. Mais de uma vez, frente à necessidade (apontada por leitores) de escrever uma nota de rodapé explicativa de algo que me parece tão óbvio que tenho dificuldade de explicar, me vi argumentando que esse era um "conhecimento básico que todo mundo tem de saber", reconstruindo, portanto, a hegemonia das ciências naturais. Por outro lado, meu lugar de estrangeiro nas ciências humanas me permitia devolver aos autores o constante questionamento feito às ciências curiosamente chamadas de "duras", e perceber que não existe uma clivagem tão grande entre ambas. No fim das contas, concluí que a ciência positivista pode ser tanto exata quanto humana, natural, social, biológica, "dura" ou "mole", e as mesmas práticas rechaçadas na criticada bancada do laboratório se repetiam com frequência na incensada etnografia. Mas essa aproximação (mal) esconde um certo incômodo, fruto de uma ambiguidade, por ser farmacêutico demais para a antropologia e antropólogo demais para a farmácia, que acredito ficar bem expresso nas palavras de Donna Haraway (1995, p.9-10).

> Claro que minha descrição deste último grupo é provavelmente apenas um reflexo residual do chauvinismo disciplinar [...] por ter passado muito tempo com um microscópio quando jovem, numa espécie de momento poético disciplinar pré-edipiano e modernista, quando as células pareciam ser células e os organismos, organismos.

No meu caso, quando as enzimas pareciam enzimas, e os hormônios, hormônios. Disputas científicas à parte, essa discussão sobre o corpo e seu funcionamento, mais ou menos presentes em todas as disciplinas que cursava, me levaram a outra reflexão, sobre medicalização, que se tornou, ao lado da discussão de gênero na ciência, outro pilar de sustentação teórica de minha pesquisa. Já bastante expressivo no mestrado, aprofundei ainda mais essa discussão ao longo do doutorado, de forma que faz-se necessário uma pausa em minha história paras esclarecer o que entendo por medicalização, considerando a polissemia que envolve o termo no campo de estudos de ciência e tecnologia, principalmente se considerarmos as ambiguidades do medicamento que mencionei acima.

Assim, os dualismos natural/legal/controle x artificial/ilegal/autonomia poderiam ser atribuídos, e serviriam de matriz de explicação para praticamente todos os medicamentos atualmente comercializados. Muita da literatura crítica sobre os meandros da medicalização e a construção do pensamento biomédico na sua interface com produtos farmacêuticos perpassam três grupos de medicamentos: os medicamentos de uso crônico; os chamados psicotrópicos; e os medicamentos de alguma forma relacionados à sexualidade ou a trânsitos

de gênero[6]. Focarei, então, esse último grande grupo, em especial, os hormônios sexuais, e, mais especificamente, a testosterona. Esta (como os outros hormônios chamados sexuais) pode ser vista como um caso paradigmático, no sentido de se tratar não de uma molécula estrangeira, mas de uma substância sintetizada pelo próprio organismo, que é ainda assim suplementada ou reposta, dando contornos singulares à discussão do que é natural ou artificial no uso de tal substância[7].

É também uma substância amplamente distribuída no mercado ilegal, sabidamente utilizada com fins considerados estéticos e/ou recreativos, como nas "bombas" das academias de ginástica (onde a mesma substância é nomeada como "anabolizante" ou "esteroide") ou como afrodisíaco entre mulheres[8]. Mesmo seu uso médico, na reposição hormonal masculina, é questionado, sendo considerado por muitos críticos e por parcela da profissão médica mais um tônico do que um medicamento, e seu valor terapêutico é diversas vezes tratado como um aprimoramento. Pela própria ação fisiológica do hormônio, seus efeitos são múltiplos, difusos e de difícil predição – característica aprofundada pelo caráter simbólico e pelas metáforas comumente associadas aos hormônios sexuais. Ainda assim, os principais efeitos descritos seriam sobre comportamento, personalidade e atividade sexual, campos rodeados por diversas polêmicas e disputados por profissionais cuja *expertise* deriva de tradições conflitantes e por vezes contraditórias.

Outro uso propagado da testosterona envolve possibilidades de trânsito de gênero, ideia geralmente vista com curiosidade, repulsa ou excessiva cautela pelos profissionais biomédicos. Nessa possibilidade especificamente, os limites dos dualismos aqui privilegiados são ainda mais traiçoeiros. A própria concepção do que seria natural ou não nesse caso é inevitavelmente atravessada por posições políticas frente a concepções de sexo e gênero, às quais o conhecimento científico servirá de suporte e não de prova genuína e irrefutável, como as ciências da vida normalmente estabelecem seus pressupostos e hipóteses. De forma análoga, na perspectiva de um uso "ilegal" ou plenamente prescrito e supervisionado pelo

[6] Sobre medicamentos de uso crônico, ver Fernando LeFèvre (1991) e os trabalhos recentes de Soraya Fleischer sobre cronicidade. Sobre psicotrópicos, ver David Healy (1997) e Andrew Lakoff (2005). Sobre medicamentos e sexualidade, ver Alain Giami (2009), Meika Loe (2001), Jane Russo (2013) e Lucas Tramontano (2012). Há poucas referências sobre o uso de medicamentos nas experiências trans, mas trabalhos que abordam a questão de forma assistemática seriam Marcos Benedetti (2005) e Berenice Bento (2006). Uma exceção é o recente artigo de Fátima Lima e Kathleen da Cruz (2016).

[7] Cristiane Thiago (2012, p. 102), também analisando o uso de testosterona por homens, afirma que "até mesmo questões referentes a efeitos colaterais, usos inadequados e/ou prolongados desse medicamento [são] vistas de maneira diferentes pelos usuários, ou seja, com uma menor preocupação de que problemas possam ocorrer ao serem tratados com algo, a princípio, produzido pelo próprio organismo".

[8] Para uma análise sobre o uso de testosterona em mulheres, ver o trabalho de Livi Faro (2016).

atento olhar médico, a testosterona terá efeitos (especialmente os adversos) distintos, ganhando juízos de valor respectivamente negativos ou positivos, muitas vezes, pelos mesmos profissionais. Cruzando com as posturas de ativistas, que por vezes defendem seu uso como um direito básico, e por vezes o denunciam como um avanço do controle médico sobre a vida das pessoas, definir a reposição/suplementação da testosterona como uma escolha consciente ou uma imposição se torna uma difícil tarefa.

Uma molécula para aprimorar o corpo: construindo o objeto de pesquisa

A medicalização é um conceito sociológico que surge ainda na década de 1970 (frequentemente, mas nem sempre, atribuído a Irving Zola, em 1972) e passa por diversas transformações e revisões, sendo ainda amplamente utilizada na crítica sociológica aos meandros da biopolítica. Há uma gama de pesquisadores que utilizam o termo, ou alguma variação dele, para explicar essa difusão do conhecimento médico sobre as formas de explicar o corpo e suas sensações mórbidas. Se inicialmente o termo tinha um tom acusatório da profissão médica, que seria a grande responsável pelo que era percebido como um excessivo controle sobre os indivíduos, essa postura foi revista no momento em que admite-se que os próprios indivíduos medicalizados demandam medicalização. Inclusive, o conceito passou a incluir conotações positivas; medicalização não é necessariamente ruim, e, se por um lado controla, pode também libertar. Isso é especialmente verdadeiro no caso de condições consideradas socialmente desviantes, que são rearticuladas sob o rótulo de "doença", em certa medida, desresponsabilizando os indivíduos que delas padecem, como notadamente no alcoolismo, mas também em certas leituras da transexualidade (ZORZANELLI et al, 2014).

A definição mais aceita de medicalização seria aquela feita por Peter Conrad (2007), que afirma que, nos últimos 40 anos, a medicina passou a considerar como problemas de saúde uma série de condições e comportamentos que até então não eram percebidos dessa forma. Tais problemas passaram a ser descritos e pensados em termos médicos, associados a um diagnóstico preciso e a uma terapêutica específica. A medicalização seria, portanto, um processo que transforma "problemas da vida", não médicos, em doenças passíveis de tratamento. Assim, observamos que a biomedicina transforma o que era considerado "desvio" (crime, imoralidade, pecado) numa patologia, e processos comuns da vida (por exemplo, menstruação, velhice e morte) em problemas médicos. Conrad também ressalta que há uma

busca por respostas médicas à angústia causada pelas sensações incômodas, e a mobilização da sociedade (principalmente, mas não apenas, através de associações de e grupos de apoio a doenças específicas) muitas vezes favorece e dá suporte aos diagnósticos, quando não os constrói ativamente. Aliado a isso, médicos, planos de saúde e principalmente a indústria farmacêutica tendem a ver em novos diagnósticos a possibilidade de abertura de um novo mercado (ANGELL, 2009). Por outro lado, os pacientes veem serviços médicos também como produtos de consumo, exigindo respostas e soluções rápidas, o que concorda com a observação de Lefèvre (1991). A medicalização, pois, dá coerência e legitimidade às inquietações sofridas pelos pacientes, podendo inclusive diminuir o estigma associado a elas, apesar de, paradoxalmente, taxá-los de anormais, sujeitos à intervenção médica (CONRAD, 2007)[9].

Para Nikolas Rose (2013), o século XXI assiste a uma nova etapa no processo de regulação dos corpos, que novamente altera a percepção que temos de nós mesmos, nossos corpos e da vida em si. Seria um aprofundamento da "biopolítica", conforme pensada por Michel Foucault (2006), através do avanço de uma "biomedicina tecnológica", cada vez mais dependente de máquinas e equipamentos, que sustenta e é sustentada por uma visão molecular do corpo e de seu funcionamento. Rose (2013, p.19) destaca cinco pontos desse processo, que chama de *mutações* da biopolítica nessa fase contemporânea: (I) a *molecularização*, que possibilita uma ideia de (II) *otimização* virtualmente ilimitada dos corpos e da vida, e a emergência de uma (III) *subjetificação* a partir de novas concepções de uma "cidadania biológica". Essa só pode se constituir com a existência de "indivíduos somáticos" e especialistas em bioética, detentores de uma (IV) *expertise somática* que justificará toda uma "capitalização da vida" e uma busca corporativa por "biovalor" representadas pelo surgimento do que o autor chama de (V) *economias de vitalidade*. Nessa tese, por mais que aborde mais ou menos sistematicamente todas as mutações, enfatizo as duas primeiras, mais adequadas para pensar o lugar da testosterona nessa biopolítica.

Rose (2013, p. 26-7) se utiliza do conceito de "estilo de pensamento"[10] de Ludwick Fleck (2010) para refletir acerca dessa virada molecular da biomedicina, argumentando que a profusão de novas explicações moleculares para mecanismos fisiológicos já conhecidos, e a identificação de interações entre substâncias a nível celular e genômico, marcam a emergência

[9] Para uma análise mais aprofundada do surgimento do conceito de medicalização e suas principais críticas e reformulações, ver Zorzanelli et al (2014).

[10] Irei apresentar com maior clareza esse e os outros conceitos relevantes de Ludwick Fleck em momentos mais oportunos ao longo da tese.

de um novo estilo de pensamento, mobilizando leigos e (bio)especialistas num amplo coletivo de pensamento. Para além disso, a biomedicina molecular ultrapassa as definições estabelecidas até então para o processo saúde-doença, ao tornar obsoleta a ideia do papel da medicina como uma ciência que pretende, em última instância, restabelecer uma atividade orgânica "normal". Ao definir a molecularização, Rose (2013, p. 19) afirma:

> O 'estilo de pensamento' da biomedicina contemporânea considera a vida no nível molecular como uma série de mecanismos vitais inteligíveis entre entidades moleculares que podem ser identificadas, isoladas, manipuladas, mobilizadas, recombinadas em novas práticas de intervenção que já não estão coagidas pela aparente normatividade de uma ordem vital natural.

Adele Clarke e colegas (2003), também se baseando na ideia foucaultiana de biopolítica, acrescentam o prefixo "bio", e a "biomedicalização" se refere, portanto, "[a]os processos de medicalização crescentemente complexos, multisituados e multidirecionais, que são ao mesmo tempo estendidos e reconstituídos através dos novos arranjos sociais da biomedicina altamente tecnocientífica" (CLARKE et al., 2003, p. 161, tradução livre[11]). Para as autoras, portanto, vivemos um novo momento do processo de medicalização, não substituindo, mas se somando ao que já vinha sendo observado. Essa passagem é vislumbrada principalmente através de cinco fatores-chaves: (I) o surgimento de um gigante complexo político-econômico, engendrando Estado, indústria farmacêutica e pesquisadores de forma indissociável, e capaz de movimentar quantias exorbitantes (ironicamente chamado de *U.S.*[12] *Biomedical Technoservice Complex, Inc.*); (II) uma mudança de foco, da biomedicalização da doença para a da saúde, criando novas formas de gestão de risco e vigilância através de novos diagnósticos e tratamentos e da disseminação do conceito de "pré-doença" e "fatores de risco", expandindo ainda mais o escopo da medicalização, uma observação corroborado por Jeremy Greene (2008); (III) o caráter cada vez mais tecnológico e científico da biomedicina, que passa por uma intensa informatização, molecularização e dependência tecnológica das práticas médicas; (IV) transformações na produção e divulgação dos conhecimentos médicos, que, se por um lado democratizam o acesso à informação, por outro, incentivam a biomedicalização; e (V) transformações dos corpos de forma a incluir novas "propriedades" e o surgimento concomitante de identidades biomedicalizadas. É inevitável destacar a proximidade entre tais fatores-chave de Clarke et al. (2003) e as mutações de Rose (2013), e a

[11] No original: "the increasingly complex, multisited, multidirectional processes of medicalization, both extended and reconstituted through the new social forms of highly technoscientific biomedicine".

[12] Vale destacar que a análise de Clarke et al. é muito focada no contexto estadunidense, por mais que várias de suas reflexões possam ser expandidas para outras regiões.

análise conjunta dessas obras reafirma a proposta de que há de fato uma mudança na biopolítica, marcada pelo infiltrar das tecnologias de modificação corporal no cotidiano[13].

A principal contribuição do artigo de Clarke et al (2003) para essa tese é a ideia de que teria ocorrido em algum momento a passagem de uma medicina que *controla* condições orgânicas particulares para uma biomedicina capaz de *transformar* corpos e vidas (CLARKE et al, 2003, p.165). Nesse sentido, mais do que tratar ou curar doenças, a biomedicina possibilitaria diferentes reformulações de si a partir do uso de tecnologias médicas. Vários autores já se debruçaram sobre a "flexibilidade" e "maleabilidade" dos corpos (DEBERT, 1997; HARAWAY, 1991; MARTIN, 1994, entre outras) em diferentes contextos. Rose (2013) também aborda essas questões, e inclui a utilização de diferentes modificações corporais como forma de expressão de si, de inclusão/pertencimento a um determinado grupo social e até no assumir de uma identidade específica. E, de fato, seria possível elencar diversas modificações corporais com diversas finalidades em vários momentos históricos. O que chama a atenção, porém, e interessa para essa tese, é que tais modificações sejam feitas através de tecnologias exclusivamente médicas, como a testosterona. O que significa dizer que, ao invés de fazer uma tatuagem ou usar maquiagem, alguém toma um medicamento buscando determinada alteração corporal?

Se esse processo de molecularização da vida favorece o recurso farmacológico toda vez que o mesmo estiver disponível, seja para qual condição for, acredito que a testosterona tenha especificidades que aprofundam ainda mais esse processo. Sendo um hormônio "sexual", cuja aplicação mais legítima envolve uma noção de rejuvenescimento, os efeitos da testosterona estão no campo do privado, do íntimo, que seria a princípio mais refratário à intervenção médica no caso masculino[14]. Entretanto, essa premissa cai por terra quando consideramos que a biopolítica contemporânea incentiva uma intensa "farmacologização do cotidiano", notadamente nas questões sexuais.

O uso de medicamentos para os mais devidos fins vem numa ampla expansão, como fica claro no trabalho de Marcia Angell (2009). A intensa produção de novos diagnósticos, embalada pela necessidade da indústria farmacêutica em tornar comercializáveis seus

[13] Ainda outro conceito aparece aliado à (bio)medicalização. Jenny Hislop e Sara Arber (2003), falando sobre insônia e distúrbios do sono em mulheres, acrescentam uma dimensão menos orgânica envolvida nesse processo, que seria a "sanitarização" (*healthicization*), enfatizando o caráter de "risco" e "pré-doença". A abordagem "sanitarizada" leva em consideração a agência dos sujeitos sobre seu processo saúde-doença, através da escolha de diferentes métodos de gerir seu problema de saúde, o que criaria um elo entre a personalização associada a uma intensa responsabilização do sujeito pelos seus (potenciais) agravos de saúde e a medicalização.

[14] Como lembra Fabíola Rohden (2009), entre outras, o corpo feminino é historicamente aberto ao escrutínio médico.

produtos inovadores, leva a uma inevitável "farmacologização" do cotidiano, já que tais diagnósticos se encontram geralmente associados a um tratamento farmacológico. A disseminação de usos não convencionais do medicamento através das práticas de prescrição *off-label*[15] traz uma inerente sensação de que a aprovação pela agência reguladora (e, portanto, os usos racionais, "seguros" das substâncias) não é assim tão importante. Cria-se uma relação mais frouxa com o medicamento, e também mais íntima.

Essa nova visão parece estar de acordo com a expansão biomedicalizante proposta por Clarke et al. (2003), sendo especialmente importante para o campo dos problemas (médicos) da sexualidade. Cabe destacar aqui que as disfunções sexuais masculinas são um dos carros-chefes de uma farmacologização do sexo, e na transformação de medicamentos em "*life-style drugs"* (LOE, 2001). O termo *life-style drug*, ou "drogas de estilo de vida", se refere justamente a esses medicamentos que não são vistos necessariamente como remédios para combater uma doença, mas podem ser usados como uma forma de aprimoramento, de modificação corporal[16]. Analisando os usos de testosterona, é possível afirmar que o hormônio é tratado como uma ferramenta para expor, explicitar e/ou tonificar certos atributos desejáveis para um estilo de vida, para uma apresentação de si ou, em última instância, para a masculinidade.

Segundo Nick Fox e Katie Ward (2008), há uma tendência ao consumo de medicamentos para usos baseados em escolhas de estilo de vida, que podem ter ou não relação com o uso aprovado do medicamento. Esse avanço é justamente o que os autores nomeiam como uma "farmacologização do cotidiano":

> Esses produtos marcam uma mudança radical na *domesticação* de medicamentos do armário de remédios com analgésicos e antiácidos *over-the-counter*[17] de uma geração anterior. Ligada ao surgimento de farmácias na internet e consultas online, e à ênfase das corporações farmacêuticas em estilos de vida, nós sugerimos ainda que assistimos a uma *farmacologização* da vida doméstica. Com isso, queremos dizer

[15] Ligar um medicamento a um diagnóstico é uma condição para que as agências reguladoras aprovem a comercialização de um medicamento. A eficácia do medicamento para determinada indicação clínica deve ser comprovada com resultados de ensaios clínicos para garantir sua liberação. Inclusive, os medicamentos são aprovados para uma indicação específica; novas indicações do mesmo medicamento terão que ser novamente submetidas à aprovação das agências reguladoras. Como o processo é considerado moroso, é permitido aos prescritores de medicamentos sugerir uma utilização ainda não aprovada, chamada de "uso *off-label".* Se essa possibilidade está disponível devido a um entendimento de que a burocracia poderia prejudicar a recuperação de alguém doente, a prática não é tão nobre quanto a teoria. Os usos *off-label* são responsáveis pela divulgação de novas aplicações do medicamento que talvez nem venham a ser aprovadas, levantando a desconfiança de um oportunismo mercadológico por parte do laboratório que comercializa o produto (ANGELL, 2009; DUMIT, 2012; LAKOFF, 2005; OLDANI, 2002; PETRYNA et al., 2006).

[16] Sobre as "drogas de estilo de vida", ver Azize (2002), Fox e Ward (2008) e Nucci (2012).

[17] Medicamentos *over-the-counter*, ou OTC, são aqueles comercializados sem exigência de receita médica. O termo mais utilizado no Brasil é a sigla no original em inglês.

> que junto com outras áreas do espaço doméstico, o quarto e a cozinha são agora focos do marketing e consumo farmacêuticos, incorporando cidadãos e a indústria farmacêutica numa rede de relações sociais que envolve arenas pessoais e corporativas (FOX&WARD, 2008, p. 857, grifos no original, tradução livre[18]).

Essa domesticação possui três aspectos que marcam a diferença na relação das pessoas com o uso de medicamentos atualmente, e serão bem marcantes nos principais usos de testosterona: (I) o acesso se dá majoritariamente *online*, sem que as pessoas precisem sair de casa, o que aumenta a busca por (II) medicamentos para condições de natureza pessoal que poderiam ser consideradas vergonhosas, e (III) que envolvem atividades restritas ao espaço doméstico. Os medicamentos para disfunção erétil (DE) são exemplos ótimos dessa farmacologização doméstica. A transferência do espaço público (clínica ou hospital) para um "computador no quarto dos fundos" cumpre ainda um papel de "domesticar" a substância química, que perde seu caráter potencialmente tóxico quando todo o processo se dá dentro de casa (FOX&WARD, 2008, p. 859-861).

A farmacologização do cotidiano traz à tona, mais uma vez, a tentativa de diferenciar o que é legitimado como uma patologia real ou não. Os usos aprovados são sancionados, não apenas legalmente, mas moralmente; são os usos *off-label* que terão o maior potencial de esfumaçar as fronteiras da naturalidade do corpo. O uso de um medicamento passa a ser questionado quando seu efeito carrega a acusação de afetar a integridade da pessoa, alterar sua personalidade, fazendo-a perder a identidade. Mas será que isso faz sentido para as pessoas que escolhem tais terapias?

> Em um regime do si-mesmo que enfatiza a autorrealização e a necessidade de cada pessoa tornar-se o ator no centro de sua vida, esses remédios, que muitas vezes são usados para complementar mais do que tomar o lugar de outras terapias, não prometem um novo si-mesmo, mas um retorno ao verdadeiro si-mesmo, ou a realização do verdadeiro si-mesmo (ROSE, 2013, p. 147).

Medicamentos como a testosterona ou outras drogas de estilo de vida tornam esse limite entre o corpo natural ou artificial ainda mais esfumaçado. Até que ponto seus usuários não entendem tal uso como uma forma de externar seu verdadeiro eu, inibido pelos constrangimentos da vida moderna? Seja como anabolizante, como reposição na velhice, ou na transexualidade masculina, a testosterona é frequentemente vista como algo que amplia ou revela características do corpo que estavam dormentes ou enfraquecidas. O resultado é o

[18] No original: "Such products mark a stepchange in the *domestication* of pharmaceuticals from a previous generation's medicine cabinet of over-the-counter analgesics and antacids. Linked with the emergence of Internet pharmacies and online consultations, and the emphasis by pharmaceutical corporations upon lifestyle, we will also suggest that we are seeing the *pharmaceuticalisation* of domestic life. By this, we mean that alongside other areas of domestic space, the bedroom and the kitchen are now foci for pharmaceutical marketing and consumption, incorporating citizens and the pharmaceutical industry into a network of social relations that extends from the personal to the corporate arenas".

corpo “como deveria ser”, ou melhor, “como verdadeiramente é, mas ninguém via”. Uma vez que a testosterona não é um composto estrangeiro, mas uma molécula comumente sintetizada pelo organismo (endógena), sua visão como uma intervenção antinatural é ainda mais difícil.

Um entrave nas teorias da farmacologização é a insistência na diferença entre terapia e aprimoramento. A dificuldade de definir o que é ou não terapêutico perpassa toda a análise de alguns dos principais teóricos desse campo (ABRAHAM, 2010; BELL&FIGERT, 2012; FOX&WARD, 2008; WILLIAMS et al, 2011). Os medicamentos, como vimos, precisam ser associados a uma condição clínica. Portanto, todo medicamento terá, necessariamente, uma indicação clínica, e será inevitavelmente terapêutico em algum dos seus usos. O conceito de farmacologização se torna mais útil se for possível avançar desse ponto, e se focar nas transformações da biopolítica molecular que colocam o medicamento no centro da vida das pessoas – ou “no quarto e na cozinha” como argumentam Fox e Ward (2008). Olhando para o outro lado da dicotomia, a farmacologização é também inseparável do aprimoramento. A inclusão crescente do medicamento no cotidiano das pessoas depende de uma profunda individualização da noção de saúde, marcada por dois movimentos que me parecem fundamentais: a necessidade de otimização e a gestão individual de riscos de saúde.

Rose (2013) também se utiliza da ideia de aprimoramento (apesar de não se referir apenas ao medicamento, mas a biotecnologias em geral), considerando-o, juntamente com a noção de susceptibilidade, parte da segunda mutação contemporânea da biopolítica, a que chama otimização. Para o autor, o que está em questão é que

> o conhecimento biomédico intervém nos seres humanos no presente com um olho para otimizar sua futura vitalidade. A susceptibilidade regula a multidão de projetos biomédicos que tenta identificar e tratar pessoas no momento sem sintomas, em nome da prevenção de doenças ou de patologias que podem se manifestar, elas mesmas, no futuro. O aprimoramento relaciona-se às tentativas de otimizar ou de incrementar quase qualquer capacidade do corpo ou da alma humanos – força, resistência, longevidade, atenção, inteligência - para abri-la ao artifício e incluir seu gerenciamento dentro da remessa da biomedicina do tribunal para a clínica e para o mercado (ROSE, 2013, p. 123).

Como veremos ao longo dessa tese, todas as capacidades citadas como exemplos por Rose apareceram no campo relacionadas à testosterona. A biopolítica abre as portas para a possibilidade de uma profunda reformulação de si, e, não ocasionalmente, disponibiliza as ferramentas para tal. Tornou-se um lugar comum nas Ciências Humanas descrever o aprimoramento como algo negativo, como um controle excessivo, uma invasão do poderio médico, uma manipulação do corpo que serve a razões comerciais. Não se trata de negar os interesses por trás da agressiva busca por lucros da indústria farmacêutica e das empresas do biocapital, porém, há de se considerar que os indivíduos também oferecem resistência a tal

avanço, criam novas respostas e assim remodelam os efeitos produtivos do poder. Admitir algum nível de agência individual, contudo, também não significa colocar a questão no outro polo, supervalorizando experiências singulares e novas subjetividades, ideia que parece se basear numa possibilidade, a meu ver irreal, de plena autonomia, ignorando os constrangimentos causados pela interseção de diversos marcadores sociais nas experiências dos indivíduos.

Essa forte farmacologização do cotidiano pode ser explicada como uma consequência do poder que essas substâncias passaram a ter na sociedade. Como argumentam Sjaak van der Geest, Susan Whyte e Anita Hardon (1996, p.168, tradução livre[19]),

> os medicamentos marcam a identidade das pessoas, assim como outros bens materiais. Os fármacos afetam as pessoas tão intimamente quanto os alimentos e as decorações corporais e parecem particularmente bem projetados para moldar o senso de existência e pertencimento das pessoas.

Em outro texto, Geest e Whyte (2011) desenvolvem ainda mais o lugar de destaque que os fármacos ocupam em nossas vidas. Para os autores, o "encanto" dos medicamentos é resultado de algumas características que essa biotecnologia possui. Os fármacos seriam "democráticos", "autônomos" e "exotéricos", já que "quebram a hegemonia dos profissionais e habilitam as pessoas a ajudarem a si mesmas" (GEEST&WHYTE, 2011, p.460). Quando alguém decide tomar um medicamento, estaria gerindo seu próprio problema de saúde (autonomia), e essa atitude pode ser adotada por virtualmente qualquer pessoa (democracia), desde que se tenha acesso ao medicamento. Se nem todas as pessoas acessam todos os medicamentos, todas as pessoas acessam *algum* medicamento, nem que seja através de um comércio ilegal, de forma que o uso do medicamento em si não depende de um profissional gabaritado e "esotérico" (daí afirmar que o medicamento é "exotérico"). Com isso, os fármacos somariam um caráter "libertador", especialmente em sociedades que têm pouca capacidade de controle sobre sua circulação e uso e, consequentemente, maior acesso informal.

Essas qualidades decorrem da transformação dos medicamentos em uma metáfora de saúde. Conforme observado também por Lefèvre (1991), os medicamentos se tornam um repositor de saúde; simbolicamente, o fármaco representa a saúde perdida no quadro patológico. Ao tomar um medicamento, alguém está tomando, na verdade, saúde. Outra figura de linguagem está presente em nossa relação com os fármacos, a metonímia.

> Existem dois processos metonímicos intimamente relacionados, que são bem significativos para tornar a enfermidade concreta e facilitar o uso de medicamentos.

[19] No original: "medicines mark people's identity, as do other material goods. Pharmaceuticals affect people as intimately as food and body decorations and seem particularly well designed to shape people's sense of being and belonging".

> Eles são a parte pelo todo e a localização. Localizar um problema de saúde em alguma parte do corpo tem principalmente dois efeitos: faz a queixa mais específica e permite a ação direta. [...] acredita-se que os medicamentos trabalham de modo muito concreto. Eles mudam a composição física ou restauram a mecânica de uma parte do corpo. Eles podem ser aplicados localmente ou ser mandados para a área problemática através dos canais dos sistemas metabólicos e arteriais. A metonímia localizada mostra a forma pela qual os medicamentos devem ser tomados. (GEEST&WHYTE, 2011, p.467).

Como fica claro por essa citação, Geest e Whyte pensam o medicamento muito a partir da sua relação com uma doença específica, o que está de acordo com os meandros regulatórios do medicamento atualmente, mas não se aplica à testosterona, cujos usos frequentemente independem de um quadro patológico. Porém, utilizo as considerações dos autores por compreender a importância de um caráter metafórico e metonímico do medicamento para o recorte de meu objeto. Minha hipótese era que a testosterona é também descrita como uma metáfora, e uma metonímia localizada, porém não de saúde ou doença, mas de virilidade.

É evidente que pensar o medicamento nesses termos passa por várias disputas sobre quem tem legitimidade para falar dessa tecnologia, e os autores me parecem um pouco otimistas demais em relação a uma gestão pessoal do uso de medicamento, que, a meu ver, é constrangida *a priori* pela capacidade da biomedicina de propagar seus enunciados científicos no imaginário popular. Essa é a base da ambiguidade entre controle e autonomia que argumento no início dessa introdução, e estará presente por toda a tese.

A segunda grande hipótese da pesquisa visava responder à ambiguidade da testosterona entre o terapêutico e o aprimoramento, que culmina na suposta diferença entre um corpo natural e um corpo artificial. Concordo com Donna Haraway (1991, p. 135, tradução livre[20]) que "a tarefa é 'desqualificar' as categorias analíticas, como sexo ou natureza, que levam à univocidade", expondo como os binarismos frequentemente se apoiam em decisões morais que, especificamente no caso do aprimoramento, fazem pouco sentido num mundo tão permeado pela tecnologia.

> Uma cultura *high-tech* desafia esses dualismos de formas intrigantes. Não é claro quem faz e quem é feito na relação entre humanos e máquinas [...] nós nos percebemos como ciborgues, híbridos, mosaicos, quimeras. Organismos biológicos se transformaram em sistemas bióticos, dispositivos de comunicação como outros. Não existe uma separação fundamental, ontológica, no nosso conhecimento formal de máquina e organismo, de tecnológico e orgânico (HARAWAY, 1991, p. 175-6, tradução livre[21]).

[20] No original: "The task is to 'desqualify' the analytical categories, like sex or nature, that lead to univocity".

[21] No original: "High-tech culture challenges these dualisms in intriguing ways. It is not clear who makes and who is made in the relation between human and machine. (...) we find ourselves to be cyborgs, hybrids, mosaics, chimeras. Biological organisms have become biotic systems, communication devices like others. There is no

O uso do termo ciborgue pela autora, que também utilizo, não se refere a uma visão poética do ciborgue dos filmes de ação estadunidenses[22], mas é uma metáfora da difícil separação entre natural/orgânico e artificial/tecnológico que acredito ficar clara ao longo dessa tese. Afinal, na prática, não somos todos ciborgues? A tecnologia está irremediavelmente entrelaçada no nosso cotidiano e nos nossos corpos, e nos valemos diariamente de diversas técnicas e práticas de aprimoramento, sejam essas naturalizadas ou mal-vistas, desde o medicamento que tomamos para dor de cabeça, à reposição hormonal, ao uso de drogas ilegais, à escolha por uma dieta sem glúten. Nessa perspectiva, a testosterona é novamente um exemplo paradigmático, pois me parece que, para os usos mais comuns dessa tecnologia, a diferença natural/artificial não existe verdadeiramente, ou não é percebida dessa forma. A legitimidade ou não dos usos parece se dar em dois níveis: num nível macro, que estabelece as regras morais que legislam sobre o que pode ou não ser alterado em nossos corpos; e no nível micro das decisões individuais sobre o que iremos afinal modificar. Assim, a questão deve ser menos uma preocupação entre os limites do terapêutico (ou aprimoramento), e mais focada nas disputas sobre controle ou autonomia dos indivíduos sobre suas modificações corporais.

Essa perspectiva mantém o diálogo com Geest e Whyte, e destaco a observação dos autores de que essa relação íntima (mas confusa) com os fármacos são possíveis porque o medicamento é algo concreto.

> O segredo de poder atribuído [aos medicamentos] reside principalmente em sua concretude. Sua "coisificação" oferece aos pacientes e curandeiros um meio de lidar com o problema em questão. Os medicamentos são tangíveis, utilizáveis de forma concreta: podem ser engolidos, esfregados na pele ou inseridos em orifícios – atividades que mantêm a promessa de um efeito físico (GEEST; WHYTE; HARDON, 1996, p.154, tradução livre[23]).

Assim, o medicamento convence simbolicamente: eu busco uma alteração no corpo, e, para tal, acrescento algo externo que agirá naquele ponto específico, transformando-o. Parece suficientemente lógico. Sendo uma *coisa*, o medicamento poderá não apenas ser usado, mas ser trocado, vendido, comercializado por qualquer um em qualquer lugar, mesmo à revelia do

---

fundamental, ontological separation in our formal knowledge of machine and organism, of technical and organic".

[22] A principal figura de ciborgue, nesses termos, seria o Exterminador do Futuro de Arnold Schwarzenegger, que, veremos ao longo da tese, é endeusado no meu campo.

[23] No original: "The secret of their attributed power lies primarily in their concreteness. Their "thingness" provides patients and healers with a means to deal with the problem at hand. Medicines are tangible, usable in a concrete way: they can be swallowed, smeared on the skin, or inserted into orifices – activities that hold the promise of a physical effect".

profissional que o produziu ou que compreende plenamente seu funcionamento. Enfim, esta é uma tese sobre a testosterona-*coisa*.

Pressupostos teórico-metodológicos: a vida social da testosterona

Se o os medicamentos são coisas isoláveis de seu criador, podemos pensar em sua "vida social", como propõem Igor Kopytoff (2008) e Arjun Appadurai (2008).

> Mesmo que nossa abordagem das coisas esteja necessariamente condicionada pela ideia de que coisas não têm significados afora os que lhes conferem as transações, atribuições e motivações humanas, o problema, do ponto de vista antropológico, é que esta verdade formal não lança qualquer luz sobre a circulação das coisas no mundo concreto e histórico. Para isto, temos de seguir as coisas em si mesmas, pois seus significados estão inscritos em suas formas, seus usos, suas trajetórias. Somente pela análise destas trajetórias podemos interpretar as transações e os cálculos humanos que dão vida às coisas. Assim, embora de um ponto de vista *teórico* atores humanos codifiquem as coisas por meio de significações, de um ponto de vista *metodológico* são as coisas em movimento que elucidam seu contexto humano e social (APPADURAI, 2008, p.17, grifos no original).

É dessa percepção que Kopytoff (2008), inspirado pela definição de relações de parentesco feita por William Rivers através do direito de propriedade sobre um lote de terra (como ele passava de mão em mão, e para quem), reflete sobre as especificidades da biografia das coisas.

> Ao fazer a biografia de uma coisa, far-se-iam perguntas similares às que se fazem às pessoas: Quais são, sociologicamente, as possibilidades biográficas inerentes a esse "status", e à época e à cultura, e como se concretizam essas possibilidades? De onde vem a coisa, e quem a fabricou? Qual foi a sua carreira até aqui, e qual é a carreira que as pessoas consideram ideal para esse tipo de coisa? Quais são as "idades" ou as fases da "vida" reconhecidas de uma coisa, e quais são os mercados culturais para elas? Como mudam os usos da coisa conforme ela fica mais velha, e o que lhe acontece quando a sua utilidade chega ao fim? (KOPYTOFF, 2008, p.92).

Portanto, partindo da noção de que o medicamento é uma coisa, Geest, Whyte e Hardon (1996, p.156) arriscam responder a essas perguntas, e organizam uma ordem biográfica na vida do medicamento, dividida em cinco "fases": (I) o preparo e o marketing do medicamento; (II) sua prescrição, uma etapa intermediária para (III) sua distribuição aos consumidores; (IV) o estágio final de sua vida, representado pelo uso propriamente dito; e (V) uma etapa póstuma, a eficácia, que seria "o cumprimento de seu propósito de vida", quando o medicamento opera a alteração orgânica esperada pelo usuário. É preciso enfatizar que cada etapa do ciclo de vida do medicamento envolve atores específicos, como acontece também na biografia das pessoas.

Uma especificidade da vida do medicamento é que a fase *post-mortem* é justamente o seu objetivo último, e talvez seja o momento mais óbvio de sua construção social. Os autores afirmam que a eficácia do medicamento é uma "construção cultural com dimensões tanto biológicas quanto sociais", e depende de um contexto de crenças e expectativas no poder do fármaco que serão reiteradas na interação social com diversos atores ao longo da história de vida do medicamento.

> Portanto, o efeito terapêutico de um medicamento não pode ser reduzido à sua substância química. O seu "efeito total do fármaco" depende também de atributos não químicos da droga tais como a sua cor, nome e proveniência; de propriedades do receptor e do prescritor; e das situações em que o medicamento é entregue e consumido. [...] Entretanto, se a eficácia é culturalmente construída, então os efeitos colaterais também o são (GEEST; WHYTE; HARDON, 1996, p.167-8, tradução livre[24]).

Acredito que a importância dos fatores não químicos da testosterona para seus "efeitos totais" ficará bem clara nessa tese. Até aqui, os conceitos de "biografia cultural" de Kopytoff (2008) e "história social" das coisas de Appadurai (2008) se sobrepõem, mas há uma diferença fundamental entre ambos que precisa ser explicitada.

> Esse pode ser um ponto apropriado para se observar que há diferenças importantes entre a *biografia cultural* e a *história social* das coisas. As diferenças dizem respeito a dois tipos de temporalidade, duas formas de identificar uma classe e dois níveis da escala social. A perspectiva da biografia cultural, formulada por Kopytoff, é apropriada a coisas *específicas* enquanto passam por mãos, contextos e usos diferentes, acumulando, assim, uma biografia especifica, ou um conjunto de biografias. No entanto, quando observamos classes ou tipos de coisas, é importante considerar alterações de longo prazo (muitas vezes na demanda) e dinâmicas de larga escala que transcendem as biografias de membros particulares dessa classe ou tipo. Assim, uma relíquia particular pode ter uma biografia específica, mas a totalidade dos tipos de relíquia – e, ainda, a própria classe de coisas chamadas "relíquia" – tem um fluxo e refluxo histórico mais amplo, no decurso do qual seu significado pode se alterar expressivamente." (APPADURAI, 2008, p.52, grifos no original).

Mais à frente, o próprio Appadurai admite que as duas dimensões se influenciam mutuamente, mas a diferenciação entre elas irá justificar a divisão da tese em duas partes. Na primeira, conto a "história social" da testosterona no curso de um longo período de tempo; na segunda parte, analiso algumas "biografias culturais" específicas da testosterona. Portanto, é a partir da noção de vida social do medicamento que estabeleço as bases teórico-metodológicas da pesquisa. Minha proposta era descrever diferentes vidas da testosterona, e, para tal, a técnica de coleta de dados que pareceu mais adequada foi o relato de história de vida. Com isso, não pretendia simplesmente ouvir a reconstrução biográfica dos interlocutores sobre o

[24] No original: "Therefore, the therapeutic effect of a medicine cannot be reduced to its chemical substance. Its "total drug effect" depends also on nonchemical attributes of the drug such as its color, name, and provenance; on properties of the recipient and prescriber; and on the situations in which the medicine is delivered and consumed […] However, if efficacy is culturally constructed, then so are the side effects".

uso de uma substância química. O relato de história de vida é uma estratégia de compreensão da interseção entre duas biografias: a dos homens entrevistados, e a da testosterona (em suas vidas). É, portanto, uma biografia dupla, construída na relação entre eles e o hormônio.

A escolha pela metodologia do relato de história de vida foi corroborada por outra questão, mais pragmática. Se pretendia ouvir biografias cruzadas, precisava definir quem seriam os homens que entrevistaria. A princípio, pensei em dividi-los em três grupos, que julgava incluírem os usos mais comuns do hormônio: homens diagnosticados com DAEM, usuários de anabolizantes e homens transexuais. Porém, já nas primeiras buscas por potenciais interlocutores, esbarrei numa dificuldade decorrente dessa classificação prévia em grupos. Os homens com quem tive contato davam, já na conversa mais superficial, demonstrativos que não se encaixariam plenamente em um desses três grandes grupos, e que os sentidos atribuídos à testosterona eram muito diversos para serem assim divididos. Mais de uma vez, me vi preso pelas próprias categorias que elenquei, tentando em vão decidir se aquele homem específico caberia nesse ou naquele grupo. Mesmo em casos onde era óbvio o pertencimento a um determinado grupo, ao comparar com os outros do mesmo grupo, reparei que havia pouca (ou nenhuma) homogeneidade. Percebi, finalmente, que os usos de testosterona eram (são) bem mais heterogêneos do que julgava, e que a classificação que havia pensado não dava conta da diversidade do campo, forçando uma busca por um estereótipo irreal do usuário de testosterona.

Além disso, havia uma questão relativa às possibilidades nativas de auto identificação nesses grupos. O grupo mais óbvio seria o de homens trans; entre os cis, que usam com o intuito de anabolismo muscular, podíamos dividi-los entre os gays, comumente chamados de "*barbies*", e os heterossexuais, que se autodenominam "monstros". Uma vez no campo, tive contato com uma subdivisão do grupo "hétero", que se refere aos "culturistas", abreviação de fisiculturista. Porém, manter essa separação conferia um caráter identitário aos meus interlocutores absolutamente irreal. Começando pelos gays: "*barbie*" é uma categoria acusatória. Segundo um interlocutor de Isadora Lins França (2012) com um perfil muito semelhante aos meus interlocutores gays, o termo *barbie* seria "importado" dos EUA e,

> [e]m sua acepção mais positiva, a categoria é utilizada para designar rapazes muito musculosos ou *bombados*. Muitas vezes, o termo ganha também tons pejorativos, designando homens que participariam de uma *cultura alienada, fútil e consumista*, que reúne pessoas *imediatistas, sem conteúdo e drogados*. Raramente é aplicado em autoreferência (FRANÇA, 2012, p.90, nota 23).

Essa descrição está de acordo com minha observação. Há referência nas falas de meus entrevistados à categoria *barbie*, mas sempre em relação a um "outro" diferente deles, ou

como uma injúria, uma acusação feita a eles que muito lhes incomodava. Chamá-los então de *barbies* nessa tese me pareceu contrariar o uso nativo do termo, na medida em que não se tratava de uma autoclassificação.

Entre os heterossexuais, o termo "culturista" era uma simples abreviação de fisiculturista, que parecia mais uma forma de reduzir uma palavra grande do que uma identidade de grupo. Foi usada em auto referência, mas não trazia nenhum desdobramento; "atleta" tinha muito mais um caráter identitário, como uma marca de diferenciação do "monstro". Julguei que também não fazia sentido forçar a classificação no que já era um subgrupo de minha categorização inicial. Já o "monstro", uma palavra muito utilizada na internet, é aplicada em auto referência, e seria muito interessante para a análise, já que aciona um certo tipo de masculinidade que julga-se em decadência: um homem "ogro", grosseiro, perigoso, que se arrisca e intimida e é, em última instância, sobre-humano. O termo aparece em minhas entrevistas, normalmente em discurso indireto: "aí você tá lá, todo monstrão"; "não adianta nada ser grandão, monstro"; "nessa época, eu tava enorme, monstro mesmo". Porém, monstro era uma troça, uma brincadeira entre amigos, não algo que os definia de fato. Talvez a percepção deles de que a entrevista deveria ser mais formal evitava o uso do termo, mas é fato que, ao taxá-los de monstros, eu novamente incutia uma identidade que eles, pelo menos no momento da entrevista, não reivindicavam.

Assim, de minhas três (quatro) categorias, apenas uma era de fato identitária, que seria trans, e nem essa era assim tão consensual; pelo menos um de meus informantes refere a si mesmo como transhomem, e outro considerava mais adequado falar em transmasculinidades, que incluiria uma gama mais ampla de performances masculinas de gênero. No fim das contas, julguei contraproducente manter a classificação como um todo, uma vez que ela acabaria por homogeneizar todos os cis em oposição aos trans, que ficariam artificialmente destacados, na contramão do que o campo indicava, a saber, uma certa estabilidade dos mesmos atributos masculinos independente dos grupos propostos.

Portanto, ainda que em vários momentos seja interessante para a análise destacar o pertencimento individual a esses grupos, evito organizar meus interlocutores dessa (ou de qualquer outra) forma. Com isso, pretendo enfatizar as complexas interrelações entre homens com corpos, performances e experiências tão distintas homogeneizados no encontro com a testosterona, ao mesmo tempo que a relação individual com a testosterona torna tão distintos corpos, performances e experiências de homens que a princípio comporiam um mesmo grupo homogêneo.

Essas percepções continuam de acordo com a proposta teórico-metodológica. Se a ideia era pensar como se organiza a vida da testosterona naqueles corpos, a encruzilhada de suas biografias, utilizar um roteiro semiestruturado de entrevista, abordando os mesmos tópicos com todos os entrevistados, como fiz no mestrado, não seria suficiente para apreender os significados que o período de convivência com a testosterona teve em suas histórias. O relato de história de vida torna possível uma abordagem mais individual, multiplicando as representações do uso de uma mesma biotecnologia. Iniciando a entrevista com uma pergunta sobre como se deu o primeiro contato do entrevistado com o hormônio, é possível uma localização temporal na história de vida do sujeito, a partir da qual os efeitos e significados da testosterona apareceriam de forma mais espontânea. O Apêndice B traz um roteiro com algumas questões centrais que usei como um ponto de partida com cada entrevistado.

Os desafios da entrada no campo: onde a testosterona se esconde?

Com o método definido, faltava afinal encontrar esses homens, o que inevitavelmente esbarrava numa série de dificuldades. Uma entrada que me parecia mais direta seria através dos médicos com quem conversei no mestrado – se eles diagnosticavam DAEM, talvez pudessem me indicar seus pacientes. Sabia que não seria simples, pois, ainda no mestrado, aventei essa possibilidade, e encontrei grande resistência. Os médicos afirmavam categoricamente que os pacientes de seu consultório não aceitariam participar da pesquisa, por se tratar de um tema supostamente delicado. Aos meus olhos, eram eles que não desejavam que seus pacientes fossem "importunados" por mim[25]. Por outro lado, eles sugeriam, para meu espanto, que eu tentasse nos ambulatórios do SUS, pois o paciente do serviço público estaria mais "aberto" à pesquisa. Além de gritantemente classista, essa possibilidade seria menos útil para minha pesquisa, já que, segundo os próprios médicos, eles não diagnosticavam DAEM no SUS porque o sistema não disponibiliza o hormônio e então "não adiantaria mesmo" (TRAMONTANO, 2012).

[25] Nesse ponto, cabe ressaltar uma diferença de gênero no consultório médico, ou melhor, nos padrões de sociabilidade na sala de espera. Nos consultórios ginecológicos, bastam alguns minutos sentado na sala de espera para que alguém descubra a maior parte das queixas das mulheres que aguardam atendimento; já nos consultórios da urologia, pouco se fala, e, quando há conversa, os temas são triviais e aleatórios, e raramente fala-se sobre os motivos de procura ao médico (eu mesmo nunca presenciei esse tipo de conversa, seja como pesquisador ou como paciente). Azize e Araújo (2003, p.139) também abordam essa questão, observando que as consultas dos urologistas eram marcadas com 20 minutos de intervalo, justamente para evitar o potencialmente constrangedor encontro com outros homens.

Uma exceção foi um endocrinologista, o mais simpático de minha amostra, que havia defendido o mestrado pouco tempo antes de nossa entrevista, de forma que valorizava muito a pesquisa acadêmica. Ele ficou realmente empolgado com meu tema, e insistiu que eu deveria, no doutorado, ouvir os próprios pacientes sobre o uso da testosterona. Ainda que também tenha argumentado que o paciente do consultório é mais difícil de acessar, esse médico se dispôs a mediar o contato. Quando estava mapeando o campo do doutorado, retomei o contato com ele, que respondeu prontamente e, solícito como sempre, sugeriu algumas possibilidades que me pareceram muito promissoras. Infelizmente, o contato terminou na promessa; ele nunca mais respondeu meus e-mails, e o número de telefone que tinha não era mais dele.

Voltava à estaca zero. Pensei no meu avô, que tem uma vida social bastante agitada, lembrando muito os interlocutores da etnografia de Mauro Brigeiro (2000). Convivendo quase que diariamente com homens de sua faixa etária, a mesma dos pacientes que tentava acessar, meu avô poderia fazer a ponte que os médicos se recusaram a fazer. Fui então conversar com ele e me convidar para um de seus churrascos semanais, o que foi recebido com muito entusiasmo pelo meu avô. Contudo, nem ele nem nenhum de seus amigos tomavam testosterona. A resposta à minha pergunta sobre isso já rende uma análise: para meu avô e seus colegas, na idade deles, reposição hormonal parecia uma inutilidade, pois "ninguém pensa nisso quando você tá velho, tem um monte de problema e toma um monte de remédio". Vale ressaltar que eles se referiam a uma vida sexual ativa, que eu mesmo nunca mencionei, indicando que a associação entre testosterona e desejo sexual se mantém presente e forte no imaginário popular. Se muito, eles tomavam o Viagra e resolviam a questão pontualmente. Mas nem isso parecia ser algo comum. Eles argumentaram que, na idade deles, nem eles nem suas esposas querem fazer sexo com frequência e, quando bate a vontade, eles fariam muitas vezes sem recorrer ao Viagra, porque a própria prática sexual não seria mais a mesma desejada pelos "garotos" da minha idade. Esse discurso foi feito de forma muito tranquila, sem aparentes incômodos ou frustrações com a diferença em relação ao sexo que supostamente as pessoas da minha idade fariam, demonstrando a atualidade das observações de Brigeiro (2000)[26].

Depois das duas tentativas frustradas, concluí que não teria acesso a homens idosos que fazem reposição hormonal, e já estava pronto a discutir a invisibilidade desse público na

[26] É interessante pensar que meu avô e seus colegas são de fato bem parecidos com os sujeitos da pesquisa de Brigeiro (2000), homens da mesma faixa etária, da mesma classe social, moradores de bairros vizinhos, e que têm o mesmo padrão de (homo)sociabilidade, o que talvez explique a semelhança de opiniões. O notável é que, ao contrário do que sugere a literatura, o Viagra e o discurso antienvelhecimento parecem ter tido pouco impacto num intervalo de quase 20 anos entre o campo de Brigeiro e o meu.

tese. Porém, o campo traria suas próprias respostas, totalmente imprevisíveis à época. Mas, naquele momento, busquei explorar outras potenciais entradas. Por mais que eu frequentasse a academia, até com relativa constância, o ambiente nunca me foi especialmente acolhedor. Minhas esparsas tentativas de ser mais sociável naquele espaço foram infrutíferas, e abordar a temática do uso de anabolizantes com os instrutores (minha única entrada possível nesse universo) esbarrava no discurso oficial que criminaliza o uso dessas substâncias. Além das minhas limitações pessoais, não julgava que seria muito produtivo explorar o uso de anabolizantes especificamente. Pretendia pesquisar diferentes caminhos biográficos da testosterona, e julgava que uma imersão na musculação acabaria girando a pesquisa para esse fim apenas.

Entretanto, conhecia algumas pessoas que desconfiava fortemente que usavam testosterona, mas percebi, já na conversa com os instrutores da academia, que esse era um assunto tabu que não podia ser perguntado diretamente. O marido de uma conhecida tinha um corpo que tornava óbvio o uso, e parecia não ter problemas com o assunto, falando abertamente sobre isso (pelo menos, entre amigos). Finalmente, havia encontrado uma porta. As conversas iniciais com ele foram muito profícuas, e me serviram para ajustar o vocabulário e estratégias para abordagens futuras. Porém, quando finalmente fui iniciar o campo, um divórcio traumático dividiu o grupo entre amigos "dele" e "dela", interrompendo qualquer possibilidade de contato. Eu fui considerado amigo dela e não dele, perdendo o que seria meu informante-chave.

Nesse meio tempo, um amigo, um pouco mais velho que eu, decide, subitamente, que irá tomar testosterona, e resolve me contar todo o processo de chegar a essa decisão. Fiquei extasiado com a possibilidade de acompanhar em tempo real o uso da testosterona pela primeira vez. É preciso enfatizar que todos os usuários de testosterona que conheci (aceitando ou recusando a participação na pesquisa) já tomavam previamente – essa seria uma oportunidade única. Entretanto, ele nunca chegou a tomar testosterona. Comprou o hormônio na farmácia, com a receita prescrita por uma endocrinologista, fez matrícula na academia, mas, já na primeira semana, um grave problema de saúde do pai o impede de seguir seus planos, e mesmo de trabalhar. Sempre que conversamos, ele afirma que irá tomar quando "as coisas acalmarem", mas, até a escrita da tese, infelizmente, as coisas não acalmaram.

Mas nem tudo foi problemático. A aproximação com homens trans estava garantida desde o princípio. Já mantinha contato com alguns de meus futuros interlocutores há algum tempo; um deles inclusive foi fundamental já na construção do projeto que apresentei para a seleção do doutorado, e sabia que eles apoiavam a pesquisa e indicariam outros colegas. Sem

dúvida, essa parte do campo foi a menos complicada. Quando chegou o momento de fazer as entrevistas, simplesmente comentei quando os encontrei, e tudo estava resolvido. Não tive o trabalho de procurar novos interlocutores em potencial, seguindo um esquema bola-de-neve. Para meu deleite, recebi mensagens espontâneas no meu e-mail: "você é que tá estudando testosterona? Eu quero participar da sua pesquisa". Ao menos na minha experiência, os homens trans estavam muito dispostos a colaborar, o que era entendido como uma relação simbiótica: era interessante para mim, que teria sujeitos de pesquisa, e para eles, que teriam acesso a uma pesquisa sobre testosterona sem os vieses estigmatizantes comuns na pesquisa médica.

Um ponto mais delicado em relação a esse público especificamente é porque todos tinham alguma relação, mais ou menos próxima, com a militância trans. Chamo de delicado por compreender que haveria uma certa homogeneização no discurso ativista, e realmente as entrevistas com homens trans são as menos discrepantes entre si. Poucas vezes em campo ouvia respostas semelhantes à mesma pergunta (à exceção de algumas poucas unanimidades), mas isso era comum nas entrevistas com homens trans. Se por um lado, perde-se riqueza na análise, por outro, ganha-se consistência nos argumentos levantados. Não posso dizer que tenha sido um problema essa homogeneização, mas considero mais relevante refletir sobre a ausência dos não-militantes. Cheguei a entrar em contato com alguns, através da indicação de meus interlocutores, mas sem resposta. Na verdade, a indicação a esses "outros" já foi feita com a consideração de que eles dificilmente aceitariam participar, já que eles supostamente não gostariam de ser identificados como trans. É o mesmo discurso que Mario Carvalho (2015) ouviu de militantes trans sobre os "invisíveis", categoria nativa utilizada para designar aqueles homens trans que se recusam a aparecer publicamente como trans, preservando sua "passabilidade" através da invisibilidade de sua transexualidade[27]. À primeira vista, julguei que se tratava de um estereótipo do militante em relação ao "outro", que seria alienado e pouco solidário. Entretanto, os interlocutores de Carvalho e os meus parecem ter razão: as minhas tentativas de contato com os não-ativistas jamais foram respondidas.

Um desses casos me deixou especialmente desapontado. Um de meus interlocutores comentou de um conhecido que decidiu se tornar fisiculturista ainda antes de iniciar a transição. Não ficou claro para mim se ele chegou a competir nas categorias femininas, mas era fato que agora competia na masculina. Cheguei a ver fotos dele, e entrei em contato.

[27] Carvalho (2015) argumenta como essa prática de invisibilização constitui um dos diferentes regimes de visibilidade trans por ele analisados. Vale ressaltar que essa noção configura um processo de duplo sentido: ao mesmo tempo em que há um "cistema" que invisibiliza corpos e experiências trans, tais sujeitos podem preferir a invisibilidade justamente como uma proteção contra a violência e injúria transfóbicas.

Nesse caso, fui bem insistente. Aliás, faz-se necessário dizer que tenho uma reserva em repetir o convite que talvez explique minhas dificuldades iniciais de entrada no campo. Acho deselegante e até um pouco antiético insistir no contato, pois compreendo que as pessoas não são obrigadas a participar de uma pesquisa acadêmica, que, por mais cuidados que nós pesquisadores tenhamos, sempre fica uma sensação de cobaia de laboratório. Considerando que essa tem sido uma crítica frequente de pessoas trans à forma como a ciência aborda a transexualidade[28], tentei ser ainda mais cuidadoso com essas pessoas. No fim das contas, não consegui entrevistar o fisiculturista trans, que seria um exemplo excelente da artificialidade da separação do campo em "grupos de homens" ou em "finalidades dos usos da testosterona".

Porém, o prazo e as tentativas frustradas me forçaram a abordagens menos tímidas; precisava, afinal, achar homens com quem conversar além dos trans. Um amigo também acadêmico já havia conversado há alguns anos comigo sobre a possibilidade de indicar alguns conhecidos que usavam testosterona, e entrei em contato com ele para fazer essa ponte. Esse foi um caminho muito produtivo, todos os homens por ele indicados aceitaram participar da pesquisa, e foram algumas das melhores histórias de vida que ouvi no campo. Por conta própria, resolvi perguntar diretamente para alguns conhecidos que tiveram grandes alterações corporais em espaços curtos de tempo – seguindo o estereótipo do usuário de anabolizantes que o campo me faria questionar posteriormente. Mas esse estereótipo não é tão errado assim, e a minha pergunta muito direta levou quase que invariavelmente a um riso nervoso seguido de uma afirmação do uso. Apenas um amigo, que eu sabia que usava devido a conversas com outras pessoas, me respondeu rispidamente, dizendo não usar nem conhecer quem usasse (eu fazia ambas as perguntas na sequência, de uma vez só). Curiosamente, esse amigo em particular tem atualmente um dos corpos mais musculosos que já vi fora do circuito do fisiculturismo profissional, e muito distante do corpo de quando o conheci.

A abordagem mais agressiva deu resultados, e consegui mais alguns interlocutores dessa maneira. Entretanto, um novo viés se apresentava. Devido à minha orientação sexual, meu círculo social é composto majoritariamente por homens também gays, de forma que meu campo incluía apenas homossexuais e transexuais. Não que essa não fosse uma possibilidade instigante de pesquisa, e seria interessante fazer a discussão desse viés em diálogo com a tese de Marcos Nascimento (2004) sobre amizade (ou não) entre homens com diferentes orientações sexuais. Mas não era essa a minha proposta de pesquisa. Pelo contrário, um de meus objetivos era exatamente observar se haveria diferença na relação com a testosterona e

[28] Sobre este ponto, ver Viviane Vergueiro Simakawa (2015).

as modificações corporais através de diferentes marcadores sociais da diferença, e a orientação sexual, ao lado dos diferentes percursos entre o sexo assignado ao nascimento e a construção de uma identidade de gênero (também tratados em termos de trans e cisgeneridade[29]), eram os que mais me interessavam. Minha hipótese era inclusive que não haveria diferenças significativas. Para isso, era imprescindível ouvir histórias de homens cis heterossexuais.

A essa altura, todas as pessoas que encontrava, em qualquer lugar e sem exceção, eram interpeladas por mim, "vem cá, você conhece algum homem que tome testosterona e tope participar de uma pesquisa?". Essas tentativas desesperadas deram pouquíssimo resultado. Ficando sem opções, e já me resignando de que teria de mudar meus objetivos de pesquisa, resolvi postar na minha página pessoal no *Facebook* a minha busca por homens que usem testosterona, esclarecendo brevemente alguns detalhes básicos da pesquisa e meus contatos, enfatizando que garantiria o anonimato, pois já estava claro para mim que essa era uma questão para o usuário de anabolizante. A resposta a essa postagem foi surpreendente; recebi um bom número de mensagens individuais de usuários ou de pessoas que poderiam indicar alguém. Obviamente, nem todos esses contatos se concretizaram, mas conheci vários interlocutores dessa forma. Ainda mais interessante é que essas pessoas eram muito díspares, já alterando o viés "gay/trans" de minha pesquisa.

Nesse meio tempo, meus pais comentaram com seus *personal trainers* sobre minha pesquisa, e perguntaram sobre possíveis candidatos. Essas indicações me colocaram num outro circuito, aquele que meu incômodo com o ambiente da academia impediu de acessar. Eram frequentadores de academia, fisiculturistas amadores, todos já bastante experientes no uso de testosterona. Esses contatos me renderam também boas entrevistas. Por fim, um último grupo, totalmente impensado por mim quando delineei o campo, surgiu de uma casualidade. Uma amiga de infância que não via desde a escola postou uma sequência de fotos de sua participação numa competição de fisiculturismo. Resolvi perguntar-lhe sobre minha pesquisa.

[29] Segundo Letícia Lanz (2014, p.16-7), "Um indivíduo é dito cisgênero (do latim cis = do mesmo lado) quando sua identidade de gênero está em consonância com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer, ou seja, quando sua conduta psicossocial, expressa nos atos mais comuns do dia-a-dia, está inteiramente de acordo com o que a sociedade espera de pessoas do seu sexo biológico. Dessa forma, o indivíduo cisgênero é alguém que está adequado ao sistema bipolar de gêneros, em contraste com o transgênero, que apresenta algum tipo de inadequação em relação a esse mesmo sistema. O termo cisgênero tem circulado na Internet pelo menos desde 1994, quando apareceu no alt.transgendered usenet em um correio enviado por Dana Leland Defosse. Nele, Defosse não define o termo e parece assumir que os leitores já estão familiarizados com ele. A cunhagem do termo, segundo ela, deve ser atribuída a Carl Buijs, um homem transexual da Holanda, que usou o termo em diversas publicações suas na Internet. Buijs afirmou mais tarde, em outro correio, que 'quanto à origem do termo, eu apenas o compus e coloquei em uso'.".

Sua resposta foi muito simpática. Ela conhecia, claro, muitos usuários[30] de anabolizante, mas não iria me indicar "qualquer um" porque, segundo ela, "não é qualquer um que vai saber te responder certas coisas. Eu prefiro que você tenha uma pesquisa mais fidedigna, uma coisa certa, né? Não vou te indicar pra qualquer atleta que eu conheça porque tem muita gente aí que faz muita merda". E assim ela fez, e conheci os fisiculturistas profissionais com quem conversei.

É interessante que minha amiga acabou gerando um viés que me foi muito útil. Ao decidir que minha pesquisa deveria ser mais "fidedigna", ela faz uma triagem de forma que só chegam a mim homens que ela considera que fazem uso "certo". Na prática, isso se configurava na figura do "super especialista" em testosterona que irei analisar na tese, ou seja, homens que apresentam um profundo conhecimento sobre o uso de hormônio numa linguagem biomédica. Além disso, essa seleção me fez acessar homens que constroem seu discurso sobre a testosterona em oposição aos frequentadores "comuns" de academia de ginástica, que têm uma relação bem mais casual com o anabolizante.

Outra questão surgiu dos contatos dessa amiga, que trouxe uma explicação (e um alento) ao grande número de recusas aos meus convites. Vários amigos dela aceitavam conversar comigo, e ficavam visivelmente empolgados com minha proposta de pesquisa (fazia questão de enfatizar que meu objetivo era evitar uma abordagem negativa e estigmatizante do uso, mas compreender os motivos e o que "realmente" acontece no uso). Tudo mudava quando citava a necessidade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O gravador já era um impasse inicial, mas era mais fácil convencê-los que aquele áudio não seria reproduzido em nenhum espaço público, servia apenas para eu não ter de ficar anotando. Agora, assinar um papel era impossível para muitos deles. Vários argumentavam que isso poderia ter influência em suas carreiras, que não queriam ver seus nomes associados ao uso. Um homem especificamente, que foi muito solícito, se disponibilizando a conversar comigo pelo tempo que fosse necessário, disse que o faria apenas na condição de não assinar nem de uso do gravador, pois "não é que não confie em você, mas vai que você é assaltado?". E aí, sua voz, admitindo o uso, poderia ser utilizada por qualquer pessoa.

[30] Algo interessantíssimo nesse diálogo foi que falei para ela sobre minha pesquisa e não mencionei que me interessavam apenas homens, de forma que suas primeiras indicações foram três mulheres. Minha surpresa com essa seleção demonstrava como estava naturalizado para mim que o usuário de testosterona é um homem, apesar de meu convívio próximo com a pesquisa de Livi Faro (2016) sobre mulheres que usam testosterona. Percebi que eu só pensava num uso "feminino" do hormônio dentro de um contexto médico, ao passo que o uso como anabolizante era inconscientemente "masculino" para mim. Esse foi um dos primeiros momentos de "tornar exótico o familiar" que essa pesquisa me trouxe.

Essas recusas servem de argumento a uma velha questão que circunda o trabalho antropológico; como convencer pessoas envolvidas numa atividade ilegal (vários desses homens traficam, ou melhor, "repassam" testosterona e outras substâncias anabolizantes ilegais) a assinar um papel que é, a bem dizer, uma prova contra elas mesmas? Nenhum dos argumentos que já ouvi para responder a isso convenceram esses homens. Aquele que comentou da possibilidade de assalto, inclusive me devolveu a pergunta: e eu não poderia ser acusado de ser cúmplice, ou de não relatar um crime, obstruindo a justiça? Admito que não me esforcei muito em contra argumentar exatamente por discordar das normas vigentes para a aprovação de pesquisas socioantropológicas nos comitês de ética em pesquisa com seres humanos[31]. Não posso dizer que meu campo tenha sido inviabilizado por essa exigência legal, mas certamente foi prejudicado.

Acredito fortemente que muitas das recusas, especialmente entre usuários de anabolizantes, passaram pelo problema de admitir a ilegalidade do uso, mas, de toda forma, se muitos recusaram, outros tantos aceitaram. Isso configura um outro viés da pesquisa: os homens com quem conversei são homens que estão dispostos a falar abertamente (ainda que resguardados pelo anonimato) sobre a testosterona. Esta situação leva inevitavelmente à consideração de que eles queriam falar algo sobre a testosterona que pudesse de alguma forma se tornar público. Ao mesmo tempo em que isso denota um estigma relacionado ao uso (abordado no Capítulo 8), também revela discursos reivindicatórios de diferentes sentidos para a testosterona.

Encerrei o trabalho de campo com 21 entrevistas. Esse número poderia ser "anabolizado", principalmente entre homens trans, mas as entrevistas começaram a dar sinal de esgotamento, trazendo poucas novidades para a análise, e o volume de material já era bastante grande, e inversamente proporcional ao meu prazo. As entrevistas eram bastante profundas, e levavam uma hora em média (oscilando entre 25 minutos e duas horas e meia). Um perfil de cada um deles pode ser visto na Tabela 1 no Apêndice A[32].

Na verdade, estabelecer o que seria relevante para esse perfil foi um problema à parte. Pelo que já vinha pesquisando, idade/geração me parecia um marcador interessante, como acredito que de fato tenha sido, especialmente nos casos de um uso muito prolongado da testosterona, que atravessava etapas do ciclo de vida do mesmo homem. A transexualidade era

[31] Diga-se de passagem, a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa, registrada na Plataforma Brasil sob o número CAAE 48725515.8.0000.5260.

[32] Para facilitar a identificação dos entrevistados, utilizarei um código referente aos marcadores mais relevantes para a análise. Assim, a partir da autoidentificação, "C" ou "T" se referem a, respectivamente, cis e trans; "H" se refere a heterossexual; "G", gay/homossexual; "B", bissexual; e "P", pansexual.

uma diferença *a priori*, que surgia automaticamente sempre que falava sobre minha pesquisa. Parecia muito importante para as pessoas se minha pesquisa incluiria pessoas trans e/ou cis, o que me soava uma falsa polêmica. O objetivo é estudar as vidas da testosterona, e não seus usos, ou seus usuários. No campo, a diferença cis-trans foi bem menos relevante do que esperado, salvo determinadas especificidades que são evidentemente diferentes entre homens cis e trans. Na maioria dos casos, contudo, as opiniões e percepções da testosterona não podiam ser divididas entre "o que pensam os trans" e "o que pensam os cis". Já orientação sexual, que eu julgava que seria menos importante, levou a algumas diferenças significativas no campo. Classe social foi outro óbvio marcador social da diferença que sumia no campo; nas primeiras entrevistas, ainda buscava explorar uma diferença entre ricos e pobres, mas fui abandonando o esforço à medida que ele se mostrava infrutífero, pois não havia grande divergência. Parte disso decorre da maioria da minha amostra ser de classe média, ou reproduzir o *habitus* de uma parcela média da população. Se a classe era homogênea, a raça/cor foi mais heterogênea, mas não suscitou nenhum grande debate[33], acredito que pelo fato de grande parte da amostra se autoidentificar como branca[34]. A questão da regionalidade surgia de maneira muito pontual, quando alguns poucos homens faziam considerações acerca do período (na infância) em que moraram em cidades do interior. Talvez um fator determinante na importância desse marcador social de diferença seja o fato de que todos os interlocutores moram atualmente em grandes centros urbanos, e só começaram a tomar testosterona já na "cidade grande".

Porém, pensar sobre marcadores sociais da diferença e sua inevitável interseccionalidade traz à tona uma questão central da pesquisa, que muito me incomodou durante o campo. Independente das possíveis combinações entre marcadores, esses homens apresentavam algumas noções de masculinidade muito homogêneas. Eu esperava concluir essa tese argumentando acerca das múltiplas expressões de masculinidade, e como diferentes "jeitos" de ser homem estão disponíveis na cultura. Essa foi a maior frustração do meu campo. Decerto que a masculinidade não é monolítica; todos eles, sem exceção, criticam, em

[33] Em uma entrevista apenas, um dos homens, que se identifica como negro, fala sobre racismo. Porém, a discussão sobre ser um homem negro surgiu numa conversa paralela na entrevista, comparando com ser um homem trans, e não envolvia diretamente a testosterona.

[34] As pessoas se identificaram a partir das categorias de cor do IBGE, porém, em alguns casos, houve uma problematização a partir da rigidez dessa classificação. Mauro (TP), por exemplo, respondeu: "*branco, pra reconhecer os privilégios. Mas na verdade me identifico como brasileiro, porque me compreendo como miscigenado e multicultural*". Rubens (CG) respondeu "*latino, pardo*". Já para Leandro (TH), a orientação sexual era a categoria mais complicada, e muitos homens responderam de acordo com o relacionamento que mantinham no momento da entrevista. Inclusive, só houve questionamento acerca da validade da categoria orientação sexual entre os homens trans; para os cis, parecia não haver incômodo.

diversos momentos da entrevista, algum "outro" homem, que age de forma inaceitável ou, pelo menos, recriminável. Todos argumentam que determinadas características masculinas são exageradas, ou são reproduzidas acriticamente, apontando para alguma flexibilidade na masculinidade. Porém, essas eram pequenas concessões. Ser gay ou hétero, cis ou trans, rico ou pobre, bonito ou feio, faz alguma (ou muita) diferença na vida desses homens, mas tem pouco, ou nada a ver com a testosterona. Os atributos que a testosterona expõe são bem parecidos, e as diferenças por eles apresentadas não escapam a um projeto hegemônico de masculinidade.

Enfim, eles são todos homens...

Por masculinidade hegemônica, compreendo um ideal de masculinidade imposta pelas normas de gênero a todos os homens. Esse conceito é utilizado largamente na literatura, com poucos esforços em defini-lo; na maioria das vezes, fica a sensação de que "masculinidade hegemônica" seria a norma de gênero no polo masculino, fixa e aplicável em todos os casos. Acredito ser necessário tomarmos um tempo para pensar nisso com mais calma.

A universalidade dos gêneros vem sendo questionada há bastante tempo pela teoria crítica feminista. Questionar a existência de um homem universal não leva necessariamente à afirmação de uma absoluta singularidade das experiências masculinas. As interpretações possíveis da masculinidade (seja a sua própria ou a dos outros) vão depender de uma série de marcadores de diferença, como classe, raça/etnia, faixa etária e regionalidade. Ou seja, os significados de "ser homem" são múltiplos, porém não individuais; entender os gêneros como construtos culturais passa por uma análise do que é inteligível em cada local e momento histórico.

Abordar os gêneros sob esse prisma dialoga bastante com o trabalho de Raewyn Connell (2005). Para a autora australiana, não existe uma única masculinidade. Pelo contrário, existem múltiplas masculinidades, e é possível que o mesmo homem encarne diferentes masculinidades em diferentes contextos. Isso significa dizer que um homem pode adotar uma postura mais próxima da masculinidade hegemônica (e ser reconhecido como tal) entre seus pares, mas, em contato com outros grupos de homens, ser colocado numa posição subordinada. Michael Kimmel (1998) também concorda com essa abordagem, enfatizando

como a masculinidade hegemônica irá se constituir simultânea e opostamente a formas questionáveis ou desvalorizadas de ser homem.

> Porém, o modelo convencional de masculinidade que preconiza a ideia de um homem forte, viril, provedor, chefe de família, inserido no mundo público (da "rua" e do trabalho), competitivo, com pouca conexão com a esfera da vida privada, que tem dificuldades de transitar pelo terreno dos afetos, que não chora e tem um distanciamento das emoções, que não consegue estabelecer vínculos de intimidade, e que pode se comportar de forma agressiva (e até mesmo violenta) contra as mulheres e outros homens convive com outras representações sobre o masculino que buscam dar conta de "outras maneiras de ser homem" (NASCIMENTO, 2011, p.44)

Ainda que o projeto hegemônico de masculinidade esteja constantemente em disputa[35], os valores da citação acima permanecem estáveis no estabelecimento de um "homem de verdade", e todos os homens que destoarem em qualquer desses aspectos ocuparão, ainda que apenas contextualmente, uma posição "subordinada". Para Connell (2005, p.78-9), as masculinidades subordinadas seriam rupturas com as posições hegemônicas e, por isso mesmo, teriam o poder de reafirmá-las. O principal exemplo seria a homossexualidade, mas não apenas; o homem "fraco" também está em oposição ao projeto hegemônico de masculinidade, por exemplo.

Mesmo que não se adequem completamente ao alto padrão de masculinidade exigido, os homens tendem a ser "cúmplices" com o projeto hegemônico, valorizando-o e mantendo-o mesmo que, particularmente, não estejam em total harmonia com o estereótipo ideal. Aliás, segundo Miguel Vale de Almeida (2000, p. 150), "a forma culturalmente exaltada de masculinidade só corresponde às características de um pequeno número de homens", transformando a masculinidade hegemônica num ideal virtualmente inatingível. "No entanto, a maioria dos homens ganha com sua hegemonia, uma vez que eles se beneficiam do dividendo patriarcal, as vantagens que os homens em geral ganham com a subordinação global das mulheres" (CONNELL, 2005, p.79, tradução livre[36]). A amplitude inalcançável da masculinidade hegemônica é percebida mesmo por teóricos fora do campo de estudos de homens e masculinidades.

---

[35] É um lugar comum nos estudos de homem e masculinidades falar sobre uma "crise da masculinidade", um discurso acionado tanto por tradicionalistas quanto por progressistas, e que fala, em linhas gerais, de uma "perda" desses atributos hegemônicos nos homens de um determinado período. Diversas respostas serão dadas à suposta "crise", que já aparece assim nomeada desde pelo menos a virada do século XIX para o XX. Repito a argumentação de que a masculinidade estaria em crise desde o seu surgimento, ou melhor, desde o surgimento da feminilidade como sua oposta e complementar. Para a diferença binária dos sexos/gêneros na ciência, ver Laqueur (2001) e o capítulo 2 dessa tese. Para diferentes posições acerca da crise da masculinidade, ver Nolasco (1995) e Oliveira (2004).

[36] No original: "Yet, the majority of men gain from its hegemony, since they benefit from the patriarchal dividend, the advantages men in general gain from the overall subordination of women".

> Há só um tipo de homem que não tem nada do que se envergonhar: um homem jovem, casado, pai de família, branco, urbano, do Norte, heterossexual, protestante, de educação universitária, bem empregado, de bom aspecto, bom peso, boa altura e com um sucesso recente nos esportes (GOFFMAN, 2008, p. 139).

Porém, ainda mais importante no meu campo foi o quarto padrão de masculinidade apresentado por Connell (2005). Uma vez que os atributos que irão caracterizar as masculinidades hegemônicas mudam dependendo do contexto, é possível que surjam tipos "marginais" de masculinidade. Ou seja, homens que apresentam determinadas características consideradas muito positivas num determinado espaço, posicionando-os então entre os hegemônicos, mas profundamente desvalorizadas em outro. Isso nos leva à reflexão de quais valores são atribuídos à masculinidade, e quais posturas são possíveis sem romper com o tipo ideal de homem.

A construção da masculinidade moderna no ocidente é muito bem apresentada por George Mosse (1996). O autor aponta como o ideal de masculinidade modela e é modelado pelos padrões de moralidade e comportamento da época na qual se estabelece, em torno da segunda metade do século XVIII e o início do XIX, na Europa. Seria um estereótipo positivo, que se encaixa na busca por novos símbolos no período da Revolução Francesa e da ascensão da burguesia. Inclusive, poderíamos dizer que o que chamamos de masculinidade é uma invenção do século XIX, e retrata uma série de atributos desejáveis para a burguesia, como poder, força física, honra, coragem, força de vontade e autocontrole[37], e traz em si uma busca por liberdade, ordem e progresso.

Esses atributos não serão utilizados por todos os homens em todos os momentos, mas serão certos marcadores sociais da diferença que irão definir o que é mais valorizado em cada situação, e entre quais homens. A flexibilização dos atributos desejáveis se dá inclusive por uma incompatibilidade entre os elementos que constituem esse conjunto de atributos. As contradições resultantes se resolvem uma vez que obviamente dependem de interpretações, e são atravessadas por diferentes negociações, haja visto que a interação social não pode ser analisada de forma tão causal. Mas trazem à tona certa vulnerabilidade da rigidez dos papéis de gênero, e colaboram no argumento de múltiplas representações do homem hegemônico.

A partir dessa leitura, supunha que os homens do meu campo teriam concepções distintas do que significa ser homem, e de quais valores estão associados a essa categoria. A situação se complicava, porém, ao pensar que esses homens, buscando certa construção do que entendem por masculinidade, se utilizaram de uma tecnologia médica, a testosterona, e a

[37] Tais atributos já eram valorizados anteriormente; a burguesia, entretanto, se apropria deles, dando outros significados, como o faz com diversos símbolos e comportamentos da aristocracia, conforme visto em Norbert Elias (2011).

biologia pressupõe corpos universais, a-históricos e atemporais. Seria possível afirmar que o "homem universal", com todas suas possíveis características, estaria contido na testosterona? Então, extrapolando esse raciocínio, será que os homens que tomam testosterona como uma forma de aperfeiçoamento estariam buscando se adequar ao que consideram o padrão hegemônico, incorporando os atributos desejáveis que consideram falhos ou ausentes em sua própria masculinidade? Ou estariam, por outro lado, apenas exacerbando aqueles que já possuem? E, ao fazê-lo, seriam capazes de "mascarar" de alguma forma a ausência dos outros? Tais afirmações pressupõem necessariamente que os homens estejam perseguindo a todo custo uma adequação às normas sociais que regem o binarismo de gênero?

E eu também sou homem, mas não apenas

Não poderia encerrar a descrição de minhas inserções no campo sem falar de algumas questões pessoais, e do impacto que ouvir 21 histórias de vida de tiveram sobre meu corpo e minha masculinidade. Ser um homem estudando homem não é uma novidade do doutorado. No mestrado, já me vi fazendo uma série de elucubrações sobre mim a partir das falas dos outros. Porém, naquela época, a questão envolvia o envelhecer. Era inevitável comparar a minha experiência somática com a descrição sensacionalista do decaimento físico de uma velhice masculina que vinha num claro processo de "redução etária": os médicos com quem conversei chegaram a localizar a meia-idade já aos 35 anos! Mais do que isso, o mestrado foi meu primeiro contato com os estudos de masculinidade, e sua proposta de "desnaturalização" da categoria homem.

Sendo um homem gay, a minha masculinidade era/é sistematicamente negada e subordinada. Pesquisar homens me levava a uma sensação mista de alívio e vergonha. Alívio quando percebia que eu não era "aquele homem" hegemônico, sexista e misógino. Vergonha porque eu não seria considerado, de fato, um "homem de verdade". Alívio quando eu via que possuía certos atributos inquestionavelmente masculinos, e vergonha quando me percebia reproduzindo certos valores masculinos tão acriticamente quanto qualquer outro. Esse sentimento dúbio em relação à própria masculinidade esteve presente entre meus interlocutores, o que fortalecia minha identificação e empatia por eles. Especialmente nos trechos da entrevista que falavam sobre intimidades sexuais, surgia uma cumplicidade, não

apenas no nível da interação social entre dois homens adultos falando sobre sexo, mas no nível simbólico da valorização de (alguns) atributos hegemônicos de masculinidade.

Decerto que essa é uma descrição muito romantizada dessas relações. É preciso considerar que meu lugar como "cientista" ou "pesquisador" tinha uma vantagem hierárquica. Era frequentemente alçado a uma posição de "suposto saber" pelos meus interlocutores. Às vezes, isso se dava de forma harmoniosa (mais para eles do que para mim), e eles simplesmente tiravam dúvidas comigo, supondo que eu saberia muito mais sobre a testosterona que nunca tomei do que eles que tomam por anos. Às vezes, a hierarquia pressuposta se convertia numa distância monossilábica que dificultava muito a entrevista. Busquei, e talvez não tenha sido a melhor das estratégias, forçar uma informalidade quando isso acontecia. De uma maneira geral, tendia a ser mais informal nas entrevistas, independente de possíveis estratégias. Falava palavrão, usava gírias, fazia referências a situações cotidianas ou piadas populares na internet na época das entrevistas. Essa postura foi fundamental para criar um clima mais ameno, e servia para minimizar o meu incômodo de me ver no lugar do sisudo cientista. Essa escolha, com suas vantagens e desvantagens, se deu basicamente por compreender que as perguntas que fazia exigiam que esses homens contassem detalhes de sua intimidade (e de sua anatomia) para alguém que era, muitas vezes, um total estranho.

Mas nem sempre funcionava da forma que eu pretendia. Uma das entrevistas mais marcantes nesse sentido foi com Renato (TG). Por mais que ele não tenha se furtado a falar sobre questões sexuais, o vocabulário utilizado foi uma questão. Ao lhe perguntar qual o primeiro efeito percebido da testosterona, ele responde: "*Ah, mudanças na voz...e...como eu posso dizer isso de uma maneira elegante...?* [Pode falar deselegante também! (risos)] [sério] *Não, eu prefiro ser elegante.* [seco] *E a hipertrofia de determinados tipos de tecido*[38]". Não pretendo criticar a "elegância" de Renato, compreendendo que ninguém é obrigado a falar de suas intimidades para uma pesquisa científica como se estivesse numa mesa de bar, mas a verdade é que tive dificuldades algumas vezes (e acredito que errei terrivelmente em outras) para decodificar os eufemismos e tecnicismos elegantes de Renato. Para minha sorte, esse foi um caso isolado.

Ser homem sem dúvida favoreceu que eles fossem mais diretos sobre os assuntos sexuais, primeiramente porque poderia ser considerado inadequado falar certos detalhes para uma mulher, ou porque poderiam considerar que uma mulher não compreenderia certas coisas. Mas considero ainda mais importante um outro fator, que argumentarei nas palavras de

[38] Em todas as citações de trechos de entrevista, utilizarei a fonte em itálico para diferenciar de citações de referências bibliográficas.

Vale de Almeida (2000, p.186): “os homens são rivais potenciais na competição pela masculinidade”. Irei explorar essa competitividade masculina mais detalhadamente na segunda parte da tese, mas já inicio a discussão aqui para falar de uma das entrevistas onde o tiro saiu pela culatra. Certo de que aquele corpo é buscado com frequência por um determinado tipo de homem, tomei algumas precauções em relação à imagem que meu corpo poderia passar, afinal, eu precisava que os homens concordassem em me dar entrevistas, e tentava ressignificar a questão como uma decisão pragmática. Tinha receio de que as perguntas sobre ereção e desejo sexual pudessem ser lidas como uma investida sexual, e as consequências (até físicas) que poderiam decorrer dessa interpretação. Pelo sim, pelo não, troquei minha foto no *WhatsApp*, pois a maioria das pessoas preferiam essa forma de comunicação em detrimento do e-mail, que eu julgava mais adequada e impessoal. Troquei uma foto casual, numa mesa de bar, de camiseta, por uma foto apresentando trabalho num congresso científico, com uma roupa mais formal e mais distante. Essa mudança foi assunto de semanas em minha casa. Porém, os contatos que acionei através do *Facebook* inevitavelmente saberiam de minha orientação sexual; ainda que eu tirasse todas as informações pessoais, pela própria dinâmica da rede social, alguém me marcaria numa foto ou postagem, ou eu confirmaria presença em algum evento da militância ou em alguma festa gay. Enfim, de alguma maneira, seria fácil “descobrirem” minha homossexualidade.

Ou seja, troquei a foto do *WhatsApp*, mas o *facebook* me “denunciava”. Um daqueles contatos aleatórios pelo *facebook* foi Antônio (CH), um fisiculturista em início de carreira, amigo de uma amiga. Encontrei-me com Antônio num clube, onde ocorreria uma competição regional de fisiculturismo, o que era muito conveniente, faria uma entrevista e uma observação etnográfica do campeonato. As mesas das cantinas estavam ocupadas pelos participantes do evento e frequentadores do clube, de forma que eram muito barulhentas para a gravação. Acabamos nos sentando lado a lado num banco muito desconfortável, e a posição impedia que olhasse Antônio de frente. Sendo assim, me virei um pouco no banco durante a entrevista, e ele não fez muito esforço para esconder o incômodo, dando uma nada discreta afastada de mim. Julguei que se tratava de alguém que evita contato físico, e segui a entrevista. Qualquer menor movimento meu era seguido por um dele na direção oposta, e a situação começou a me incomodar. Estava com minha mochila no colo, e uma caneta caiu no chão. Quando abaixei para pegá-la, fiquei com o rosto “perigosamente” perto da parte inferior do corpo de Antônio (longe demais para qualquer menção de toque), e, antes que eu chegasse até a caneta, num movimento bastante rápido, ele estava do outro lado do banco. Parece que a testosterona realmente aumenta a agilidade. A essa altura, estávamos ambos visivelmente

incomodados. Chegou um determinado ponto em que lhe perguntei, como fiz em todas as entrevistas sem nenhuma reação negativa, acerca de como as pessoas reagiam ao corpo com testosterona de um ponto de vista da paquera. Sempre deixava essa pergunta para o meio da entrevista caso não surgisse espontaneamente, entendendo que pode ser mais delicada, e é mais efetivo deixar esse tipo de pergunta para um momento posterior, já passada aquela formalidade excessiva do início. Segui a mesma fórmula com Antônio, ao que ele me responde como segue, sem edições:

> *E também tem outro caso que, no caso, são do outro lado...aí no caso que são os...eu não sei como é que eu posso dizer, não sei se gay, eu não tenho preconceito, mas...que, às vezes, é...assim...é...geralmente assim...* [Você acaba chamando atenção dessas pessoas também?] *Sim, dessas pessoas.*

Ao dizer "dessas pessoas", Antônio (CH) me olha nos olhos pela primeira vez desde que sentamos no banco, estufa o peito e sorri. Dali em diante, eu corri com a entrevista. Se alguém estivesse nos observando, veria claramente a diferença de postura. Antônio era menos reticente, menos hesitante nas respostas, e eu gaguejava em todas as perguntas, visivelmente acuado. Encerrei a entrevista e fui embora o mais rápido possível, esquecendo completamente que iria acompanhar o evento. Fiquei envergonhado de minha reação, e de ter cedido à intimidação de Antônio (aliás, a questão da intimidação foi muito rica nessa entrevista). Cabe destacar que Antônio destoava de meus informantes em muitos aspectos: era o único militar da amostra, e nunca esteve numa universidade – seus planos de voltar a estudar eram num curso técnico profissionalizante. Antônio não é branco, mora na periferia da cidade e comete muitos erros de português na fala. Ainda que a diferença seja pequena, ele é mais novo do que eu, e parece ainda mais novo. Ou seja, eu ocupava vários lugares mais privilegiados – e mais adequados a um projeto hegemônico de masculinidade – do que Antônio. À exceção da homossexualidade, que ele ou percebeu ou descobriu pelo *facebook*. Como argumenta Nascimento (2011, p.69), "a homofobia é um dos pilares da masculinidade", e a homofobia de Antônio é, pois, uma forma de responder à subordinação que os meus atributos de masculinidade possivelmente causavam.

> A masculinidade é frágil, em termos sexuais nada se pode mostrar de concreto (de visível, de mais observável que o discurso verbal), pelo que tanto o medo quanto a forma de agressão mais comum se fazem na linguagem da homossexualidade [...] Esse recurso retórico é usado em todas as relações competitivas e conflituosas entre homens, seja no trabalho, nos negócios ou no jogo. Por sua vez, a homofobia situa e exorciza o perigo homossexual da homossocialidade. Nunca é demais referir que uma das características centrais da masculinidade hegemónica, para além da "inferioridade" das mulheres, é a homofobia (VALE DE ALMEIDA, 2000, p.68-9).

Felizmente para mim e para a pesquisa, nenhum outro episódio semelhante ao de Antônio (CH) se repetiu. Uma tática que usei em situações que apontavam para um

constrangimento foi me colocar numa posição de leigo, o que induzia uma postura professoral neles. Eles eram o especialista, e eu fazia toda sorte de perguntas, por mais banais que parecessem. Isso deu muito certo, e acredito ter relação com outro atributo da masculinidade, que é uma sabedoria, um conhecimento acumulado, e uma habilidade em tutorar outros homens, como irei argumentar mais ao final da tese. Porém, essa tática dependia que meus interlocutores ignorassem minha formação em Farmácia. Ser farmacêutico, que me abriu muitas portas no diálogo com médicos no mestrado, dando legitimidade e até um certo respeito, foi mais ambíguo no campo do doutorado. Alguns interlocutores ficavam intimidados com um "suposto saber", superior ao deles, que eu teria sobre substâncias químicas, de forma que hesitavam em algumas respostas; respondiam com perguntas, me olhando ansiosos esperando aprovação. Buscava explicar-lhes que me interessava menos "a verdade" sobre aquela situação, mas sim o ponto de vista deles. Por vezes, isso servia de alento, e a entrevista fluía normalmente depois desse adendo. Em outros casos, não convencia tanto, e então eu recorria à retórica de que o conhecimento biomédico sobre esse assunto é escasso, que existem poucas pesquisas sobre o tema, e o objetivo ali era justamente pensar a partir de experiência "real" das pessoas, o que resolvia o problema.

Houve situações nas quais eu usava deliberadamente minha formação, no sentido de indicar que poderíamos nos aprofundar em descrições de metabolismo, e no uso do vocabulário médico. Isso foi muito produtivo nas entrevistas com farmacêuticos. A presença de colegas de profissão no meu campo foi algo muito interessante: dois interlocutores eram amigos meus de faculdade, logo, nenhuma surpresa em relação à sua formação; outros dois, porém, vieram de contatos diferentes, e descobrimos, durante a entrevista, que éramos ambos farmacêuticos. Esses últimos casos foram os mais interessantes, pois um reconhecimento corporativista criou um nível automático de intimidade que favoreceu bastante a entrevista.

Encerro essa discussão retornando a um argumento que apresentei como marcante no início de minha vida na pós-graduação, meu não-lugar entre dois campos científicos que se apresentam mutuamente como antagônicos. Ser um cientista social-laboratorial marca tanto meu olhar para meu objeto de pesquisa quanto meu lugar no mundo, e é tão relevante quanto ser um homem estudando homem, um homossexual estudando a masculinidade hegemônica, um cis falando em trânsito de gênero. Sou tão plural e heterogêneo quanto qualquer um de meus interlocutores. Assumir a "localização dos meus saberes" é menos uma exigência protocolar, e mais um posicionamento ético e epistemológico. Como defende Haraway (1995), só o olhar divino é imparcial e não precisa justificar seu ponto de partida: um sonho masculinista de deificação. Pelo contrário, busco uma outra posição.

> O eu dividido e contraditório é o que pode interrogar os posicionamentos, e ser responsabilizado, o que pode construir e juntar-se a conversas racionais e imaginações fantásticas que mudam a história. [...] O eu cognoscente é parcial em todas suas formas, nunca acabado, completo, dado ou original; é sempre construído e alinhavado de maneira imperfeita e, portanto, capaz de juntar-se ao outro, de ver junto sem pretender ser o outro. Eis aqui a promessa de objetividade: um conhecedor científico não procura a posição de identidade com o objeto, mas de objetividade, isto é, de conexão parcial. Não há maneira de "estar" simultaneamente em todas, ou inteiramente em uma, das posições privilegiadas (subjugadas) estruturadas por gênero, raça, nação e classe. [...] A procura por uma tal posição "inteira" e total é a procura pelo objeto perfeito, fetichizado, da história oposicional [...] Identidade, incluindo auto-identidade, não produz ciência; posicionamento crítico produz, isto é, objetividade. Apenas aqueles que ocupam as posições de dominadores são auto-idênticos, não marcados, incorpóreos, não mediados, transcendentes, renascidos (HARAWAY, 1995, p.26-7).

Fazendo o exercício de aproximação de campos científicos, talvez seja possível resumir essa postura ética na máxima da física de que tudo depende do referencial. Pelo visto, o pesquisador é tão ambíguo e multifacetado quando o medicamento.

1 **ENTRE DEUSES, HERÓIS E GUERREIROS**

1.1 **Notas Preliminares: a história social da testosterona**

Arma virumque cano
As armas e o varão canto
Virgílio, Eneida, canto I, 19 a.C.

Nessa primeira parte da tese, faço uma contribuição para uma "história social" da testosterona, localizando seu momento inicial não na produção da molécula em si, mas buscando uma genealogia do hormônio. Para tanto, argumento que a testosterona é um produto molecular(izado) do testículo, e torna-se impossível pensar o surgimento do hormônio sem refletir sobre o lugar simbólico que a gônada sexual possui em relação a certos aspectos da masculinidade.

Essa associação é mais antiga e mais profunda do que podia imaginar quando idealizei essa tese, e compartilho nas próximas páginas o espanto que senti ao ver como ela está presente em momentos históricos e sociedades tão distintas e distantes entre si. Meu primeiro ímpeto foi negar a insistência de sua repetição; quanto mais díspares eram as referências que encontrava, mais desconfiava do que, a meus olhos, só poderia ser uma ânsia etnocêntrica e universalizante. Entretanto, me rendi à constância dessa ideia, encontrando conforto na ressalva de que não se trata da mesma relação entre testículos e masculinidade, repetida *ad aeternum*, mas de uma associação que aparece sob diversas roupagens, em diversos momentos. Com isso, não se trata de afirmar que os testículos realmente são essenciais para a produção do homem desde tempos imemoriais, mas de destacar a importância conferida às gônadas masculinas. Mais do que isso, se trata de entender como determinados valores caros a cada sociedade em questão são conferidos aos, ou decorrem dos testículos.

Venho enfatizando que a associação em questão não engloba todas as características da masculinidade, mas parece se concentrar em algumas específicas. Dimensões caras ao homem moderno, como o trabalho ou a família, seja na chave da conjugalidade ou da parentalidade, parecem não envolver os testículos. Por outro lado, algumas características físicas e alguns comportamentos aparecerão em mais de uma ocasião. Buscando uma categoria mais geral, cheguei à conclusão de que a associação não seria entre testículos e a masculinidade propriamente dita, uma palavra por demais polissêmica para uma presença tão

abrangente na história. Mas uma palavra emergia desse quadro insistentemente: virilidade. Curiosamente, essa palavra não aparecia apenas nos mitos, rituais e manuais médicos (uma repetição que já é notável *per se*), mas também nos textos de diferentes estudiosos da masculinidade, na mídia e no senso comum. Porém, ninguém parecia sentir a necessidade de definir o que seria virilidade, como se seu significado fosse óbvio. O que significa, afinal, virilidade? Perguntei a diferentes pessoas, acadêmicas ou não, e cada uma me dava definições diferentes. Na literatura, a mesma amplitude de sentidos incomodamente se anunciava. Percebi que o caminho passava por essa definição.

Virilidade vem do latim *virilitas*, cujo adjetivo é viril, *virillis*. O próprio radical já demonstra a sobreposição entre virilidade e masculinidade: *vir* significa varão, ou seja, o próprio homem. Acrescentando o sufixo *-ilis*, virilidade seria então a capacidade ou propriedade do (de ser) varão. Se analisarmos a partir de suas origens na raiz indo-europeia, *vir* decorre de *wiro*, que significa, literalmente, "homem forte". Assim, associa-se à definição uma qualidade de força, que se torna inerente ao varão. Uma definição mais moderna de virilidade a apresenta como o "período da vida ou idade que, no homem, se situa entre a adolescência e a velhice", confluindo a virilidade com o período de "pico" da testosterona, e mais, com a vida sexual e reprodutiva do homem. Essa ideia da virilidade se iniciando na puberdade masculina está de acordo com uma prática da Roma Antiga no qual o rapaz, ao completar 14 anos de idade, passava a usar uma toga branca específica, que simbolizava sua entrada na vida adulta e na cidadania plena: a *toga virilis*. Outra definição moderna de virilidade fala em "reunião das particularidades e qualidades físicas e/ou sexuais particulares ao homem", de forma que a virilidade aparece indissociável das capacidades sexuais.

A virilidade está, também etimologicamente, relacionada ao testículo. A palavra testículo provém do latim *testiculus*, diminutivo de *testis* (plural *testes*). *Testis* tem um duplo significado muito interessante, como a própria gônada masculina (ainda presente no inglês *testes*) e como "testemunha". No Império Romano, mulheres e eunucos não poderiam dar testemunhos em tribunais por não ter testículos, de forma que não poderiam ser considerados testemunhas válidas. Essa definição de *testis* tornou-se tão comum que, já no século I d.C., não se utiliza mais a palavra para se referir às gônadas, que só apareciam nomeadas no diminutivo. Porém, a relação entre as duas conotações permanece, e os testículos passam a ser descritos como "pequenas testemunhas". No livro *Etimologia de Termos Psicanalíticos*, David E. Zimerman (2012, p.233), afirma literalmente que "os testículos eram assim denominados por serem 'testemunhas da virilidade', já que não participam diretamente do ato

sexual, mas o observam como testemunhas"[39]. É difícil rastrear a origem precisa dessa definição, mas, cruzando as duas conotações da palavra, aposta-se na ideia de que os testículos *atestam* (novamente, o mesmo radical) a virilidade do homem, como as testemunhas jurídicas. Essa definição já aparecia no *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*, do famoso etimologista brasileiro Antenor Nascentes (1955, p.493), que argumenta que os testículos "são assim chamados porque assistem ao ato genésico". Enfatizo que o verbo assistir também tem duas interpretações possíveis. Como um verbo transitivo indireto, alguém assiste *a* alguma coisa, no sentido de olhar, ver, observar; como verbo transitivo direto, alguém assiste algo, no sentido de apoiar, sustentar, ajudar.

Com isso, percebemos como linguisticamente se processa uma associação entre testículos e virilidade que confere às gônadas uma característica de suporte à virilidade que está de alguma forma presente em diferentes momentos históricos. Toda a primeira parte dessa tese se dedica a demonstrar como essa associação será lentamente destilada em termos científicos progressivamente moleculares, até chegarmos ao principal produto das "pequenas testemunhas", a testosterona, que tomará de seus produtores o papel de assistir a/à força do varão.

1.2 **A manufatura mitológica do homem**

Então Deus disse: "Façamos o homem à nossa imagem e semelhança. Que ele reine sobre os peixes do mar, sobre as aves dos céus, sobre os animais domésticos e sobre toda a terra, e sobre todos os répteis que se arrastem sobre a terra."
Gênesis, 1:26

Nesse versículo da Bíblia, considerado um livro sagrado na maior parte do Ocidente, Deus idealiza o que seria o homem, feito à sua imagem e semelhança, pretendendo conceder-lhe plenos poderes sobre terras, céus e mares. A descrição mítica da manufatura de fato do homem viria só no capítulo seguinte, porém, aqui percebemos o grande plano de Deus para sua criação mais estimada e mais perfeita. É essa ideia de homem, deificado e poderoso, que viria a estabelecer a quase absoluta potencialidade do homem no mundo ocidental. Desnecessário dizer que homem, nesse caso, se refere a toda a humanidade – o padrão sobre o

[39] O médico estadunidense Stanley M. Aronson (2010, p.118) também percebe essa relação etimológica, que traduz para o inglês como "*a testimony to virility*".

qual não apenas os corpos sexuados como masculinos se assentam, mas a sociedade como um todo. O Ocidente é, pois, masculino, repetindo seu mito de criação.

Porém, justiça seja feita. Não é apenas o Ocidente, medieval, moderno ou contemporâneo, nem a tradição cristã, judaica ou islâmica que alçam o homem à categoria de semideus. A predominância masculina sobre todas as outras coisas e seres é uma ideia que se repete, em maior ou menor grau, em incontáveis civilizações, em diversos períodos históricos. Contudo, essa tese não se propõe a contar a história do Homem, mas sim da testosterona. Por mais que se tornem quase sinônimos, ou, melhor dizendo, que essa se torne condição *sine qua non* daquele, reconstruir a história do que é ser homem seria um trabalho (ironias à parte) hercúleo. O que interessa para a nossa história é como um ideal de masculino está indissociavelmente ligado ao corpo físico, e é sobre essa inevitabilidade corporal na construção do homem que pretendo refletir.

Não se trata, é preciso dizer, de qualquer corpo, nem de qualquer característica desse corpo. Para ser um verdadeiro homem, é necessário que determinadas partes do corpo se sobressaiam; que certas características saltem aos olhos. A virilidade é visível, está exposta, pode e deve ser exibida para contemplação imediata de tudo e todos que com o homem interajam. Por outro lado, a ausência ou deficiência dessas partes e características é também imediatamente percebida – a exceção que comprova a regra, como os contratipos (*countertypes*) descritos por George Mosse (1996). O ideal masculino faz-se presente inclusive nos corpos malformados, justamente pela evidência da falha, como no negativo de uma fotografia.

Nesses parágrafos iniciais, ficam duas perguntas no ar. Quais seriam essas características masculinas, e, mais importante, o que tem a testosterona a ver com isso? Veremos aos poucos a forma do corpo perfeito de um homem, mas acredito que seja claro para o/a leitor/a que um ideal (corporal) masculino é anterior ao surgimento da testosterona, um produto da ciência positivista no século XX. Sugiro inverter a lógica desse raciocínio. A "descoberta"[40] da testosterona, que veremos em pormenores nos capítulos a seguir, é decorrente de uma busca da sociedade ocidental moderna – e, portanto, dos homens ocidentais modernos – em explicar o que de fato faz um homem dentro das bases epistemológicas que dariam sentido, num certo momento histórico, a uma ideia de "homem" já preexistente na sociedade.

[40] Ao longo dessa tese, sempre que me referir às descobertas científicas, coloco o termo entre aspas para questionar o mito positivista de que a ciência seria uma observadora de fenômenos naturais dados *a priori*. As aspas servem, portanto, para enfatizar que os cientistas constroem ativamente a realidade que pretendem demonstrar – não existe uma natureza prévia, disponível para ser descoberta pelo cientista.

Se homens e mulheres são diferentes entre si, e essa diferença parece não ser consequência de ações humanas, deve então ter algo no homem que o faça homem. Imaginar que esse fator diferencial viria do próprio corpo, então, soa correto. Numa rápida observação, algumas peculiaridades facilmente se destacam, tanto em humanos como em vários animais: apenas alguns corpos engravidam, os mesmos que amamentam os filhotes, e, talvez por isso, desenvolvam mamas maiores; os outros corpos, por sua vez, têm um membro a mais, visível e exposto. É bastante difícil para nós, no século XXI, supor o que era percebido como diferença nos primórdios da humanidade sem cair no erro de conferir aos homens e mulheres "das cavernas" preocupações típicas do nosso tempo, certamente distantes da realidade de nossos arqueológicos antepassados. Contudo, é provável, e peço perdão pela larga inferência, que a diferença genital entre homens e mulheres chamasse alguma atenção.

Se considerarmos essa premissa verdadeira, então, dois pontos acerca da imagem do homem (em contraste com a da mulher) já se destacam, a centralidade genital e a visibilidade/exposição da "marca" da virilidade. De fato, de acordo com a literatura histórica e antropológica, parece haver uma relação direta entre o genital e a formação do homem. Se, no caso feminino, a capacidade de engravidar e parir, os seios ou a menstruação podem ocupar o lugar de marcadores da feminilidade, entre os homens, a questão parece se resumir mesmo ao genital. Acredito ser inegável o falocentrismo que orienta nossa sociedade, contudo, em termos de associação simbólica com a manufatura do homem, arriscaria dizer que os testículos têm uma relevância por vezes maior que a do próprio pênis. É a partir da relação entre os testículos e a virilidade que se chegará, na modernidade, à molécula de testosterona e seu papel na formação masculina.

1.3 **O testículo bíblico, ou a coxa de Abraão**

Conta o mito que Abraão, já velho e satisfeito com as benesses conferidas por Deus, decide ser o momento de seu filho Isaac se casar. Para tal, chama seu mais antigo criado e ordena que o mesmo vá à terra natal da família buscar uma "boa esposa". Dada a importância da tarefa, Abraão julgou ser imprescindível contar com o total compromisso de seu servo, exigindo-lhe uma promessa de que faria tudo de acordo com o que foi dito. Diz então Abraão:

> [...] "Põe a mão debaixo de minha coxa/e jura-me pelo Senhor, Deus do céu e da terra, que não escolherás para meu filho uma mulher entre as filhas dos cananeus, no

> meio dos quais eu moro." [...] Então o criado pôs a mão sob a coxa de seu Senhor Abraão e prestou-lhe juramento nos termos propostos. (GÊNESIS, 24:2-9).

Um pouco mais à frente no mesmo livro, temos descrita a luta de Jacó com um anjo (ou com Deus, a depender da tradução), que durou por toda uma noite. Ao perceber a chegada da aurora e sua iminente derrota, o anjo "atingiu a coxa de Jacó, de modo que o tendão se deslocou enquanto lutava com ele" (GÊNESIS, 32:25). Apesar disso, Jacó continuou a luta, e, tendo dominado o adversário, exigiu ser abençoado para soltá-lo. Nesse processo, Jacó foi renomeado como Israel, e seguiu caminho, ainda que "mancando por causa da coxa/Por isso os israelitas não comem até hoje o nervo da articulação da coxa, pois Jacó foi ferido nesse nervo" (GÊNESIS, 32:31-32).

Anos mais tarde, já em seu leito de morte, Israel chama seu filho José e expressa seu desejo de sepultamento da seguinte maneira:

> "Se realmente ganhei o teu favor, põe a mão debaixo de minha coxa e promete tratar-me com amor e fidelidade: não me sepultes no Egito./Quando eu descansar com meus pais, leva-me do Egito e enterra-me na sepultura deles". José respondeu: "Farei o que pediste"/E seu pai insistiu: "Jura-me!" E ele jurou. Então Israel inclinou-se sobre a cabeceira do seu leito (GÊNESIS, 47:29-31).

Nas citações acima, vemos três referências ao ato de pôr a mão "debaixo da coxa" de outro homem, como sinal de obediência (o servo), de submissão (o anjo/Deus) ou de promessa (José). A depender da tradução, tal ato será descrito como "debaixo da coxa"; "embaixo da coxa"; ou "na juntura da coxa". Em todos os casos, se relaciona a uma promessa, e diversas interpretações associam esse ato ao sinal sagrado da aliança de Deus com o povo judeu, marcada pelo ritual de circuncisão masculino. Para a maioria dos teólogos e comentadores da Bíblia, tal ação seria comparável ao contemporâneo "cruzar os dedos" para indicar uma promessa que pretendemos realmente cumprir.

A coxa parece ter uma grande importância na Bíblia. Por mais que, em várias passagens, as coxas pareçam se referir de fato à parte superior da perna (Êxodo, 1:5; Juízes, 3:16 e 8:30; Salmos 45:3), esse sentido literal se perde em passagens nas quais fala-se que as crianças saíam das coxas de seus pais, como no próprio livro do Gênesis, ou na ideia de "coxa consumida" ou "seca" representando esterilidade, que se estendia também às mulheres (Números, 5:20-21). Esses outros sentidos chamaram atenção dos estudiosos bíblicos e, até hoje, uma busca descompromissada na internet sobre "a coxa de Abraão" leva a fóruns de diferentes denominações judaicas ou cristãs, animando debates intensos e até raivosos.

O que parece incomodar um número significativo de fiéis é a interpretação de que a coxa seria, na verdade, um eufemismo para os testículos. Nas passagens citadas acima, os homens estariam tocando diretamente os genitais de outro homem, o que parece incomodar

profundamente o fiel cristão contemporâneo, incapaz de compreender como o texto que representa a palavra de seu deus pode ter uma referência entendida como explicitamente homossexual. Entre os judeus, o incômodo com o suposto homoerotismo do ato parece ser secundário (ao menos no discurso) frente à proibição alimentar que decorre do ato mítico[41].

Independente das acaloradas discussões leigas, a Teologia traz algumas considerações bastante interessantes sobre possibilidades de tradução e interpretação das referidas passagens. Como é de se esperar pela intensa repressão judaico-cristã a tudo que possa ser associado a uma dimensão sexual, a menção a testículos na Bíblia teria de ser mais do que metafórica; deveria ser, no mínimo, eufêmica. Essa parece ser a interpretação mais hegemônica do texto bíblico no que tange a essa questão. Vale ressaltar que, para a teologia, o papel do acadêmico deve ser o de fornecer novas e diferentes interpretações, já que a veracidade é uma característica pouco útil quando tratamos de textos considerados sagrados.

Na análise que segue, irei me concentrar nas interpretações judaicas acerca da passagem que envolve a luta de Jacó/Israel, justamente para evitar interpretações mais pudicas, que beiram a homofobia. Assim, seguindo a obra de Stephen Kaufman da *Hebrew Union College*, ou o livro *New International Commentary of the Old Testament* de Victor P. Hamilton da *Ashbury College*, a problemática se concentra em torno de quatro termos do original em hebraico que receberam traduções consideradas conservadoras: *Yerech (*ירך); *Guid* (גיד); *Nasheh* (נשה); e *Kaf* (כף).

Começando por *Yerech*, a tradução literal dessa palavra seria de fato coxa, como visto nas outras passagens nas quais trata-se inquestionavelmente da coxa. Porém, frequentemente, o uso dessa palavra deixa vago a qual parte do corpo se refere, e há certa equivalência no número de vezes que *Yerech* aparece com um ou outro sentido. A partir disso, conclui-se que a coxa (*Yerech*) pode ser um eufemismo para órgão reprodutor masculino.

Em relação a *Guid*, a tradução mais óbvia seria tendão ou músculo, mas é muitas vezes também traduzida como nervo (conforme vista na tradução citada acima). Nesse ponto, podemos argumentar como essa diferença – nervos, tendões e músculos – é mais recente na história da medicina, talvez justificando em parte a equivalência do termo. De toda forma, a palavra, pouca usada na Bíblia/Torá, costuma aparecer no plural (Jó 10:11; 40:17 ou Ezequiel 37:68), se referindo a músculos ou nervos de forma genérica, não a uma parte específica do

[41] Focando na cena da luta de Jacó/Israel, as discussões giram em torno do que seria o fundamento da proibição, em certas tradições mais ortodoxas, a ingerir cortes de gado que incluem o nervo ciático (como picanha ou *filet mignon*), compreendido como "o nervo da articulação da coxa" no último versículo dessa passagem. O nervo ciático, o mais espesso do corpo humano, liga o hálux à região lombar, controlando as articulações e a musculatura do quadril ao pé. Sendo o nervo mais importante dos membros inferiores, interpretou-se que era ao ciático que a Torá se referia, e, por isso, os israelitas não deveriam ingeri-lo.

corpo. Por outro lado, segundo Stephen Kaufman, em aramaico, utiliza-se *Guid* para se referir ao "genital masculino", sendo possível admitir, portanto, que o sentido existiria também em hebraico antigo, pela proximidade dos dois idiomas.

Já no caso de *Nasheh*, frequentemente traduzido como "encolhido", a origem da palavra parece estar na raiz *anash* (שנא), significando adoecido, fragilizado, enfermo ou incurável, conforme visto em Samuel 12:15 e de acordo com o número 605 na concordância Strong[42]. Entretanto, Hamilton (1995) traz ainda outra explicação, dessa vez seguindo o número 606 na concordância Strong que favorece nosso argumento: a raiz de *Nasheh* pode ser lida também como *enash* (שנא), forma mais antiga da palavra "homem" presente em Esdras 6:11. Sendo assim, *Nasheh* tem claramente duas vertentes interpretativas, ironicamente, como "fragilizado" ou "masculino". A expressão utilizada na luta de Jacó/Israel (*guid hanasheh*), portanto, pode ser lida como "tendão fragilizado" ou "órgão masculino", ou, ainda, "genital masculino ferido".

Por último, o termo *Kaf*. Diferente dos anteriores, *Kaf* aparece em muitas passagens, com diferentes significados. Parece se relacionar a qualquer objeto oco ou côncavo, algum tipo de receptáculo com essa forma: uma mão em forma de concha (Gênesis 40:21); um punhado de alguma coisa (Levítico 9:17); folhas ou ramos de palmeiras, que têm um formato côncavo (Levítico 23:40); uma colher (Números 7:38); ou a planta dos pés (Deuteronômio 28:56). Se interpretamos a expressão *guid hanasheh* como simplesmente o nervo ciático, então *Kaf* seria a região da bacia por onde passa o nervo, que tem formato côncavo. Porém, se considerarmos a interpretação como órgão genital, o termo poderia se referir diretamente ao escroto, o receptáculo dos testículos, também possivelmente descrito como côncavo. Para Hamilton (1995), assumindo a conotação de *Yerech* como genital masculino, a expressão *kaf yerecho* presente na passagem da luta em Gênesis, descreve o momento em que o vencido demonstra que foi subjugado tocando os testículos do vencedor.

O que inclina Hamilton a essa interpretação é a percepção de que as quatro principais palavras utilizadas nessa passagem têm conotações que fazem referência ao órgão genital masculino. Seria um pouco demais assumir que seja uma mera coincidência, principalmente considerando o minucioso trabalho de tradução favorecendo determinadas interpretações (e mesmo livros inteiros) em detrimento de outras, como tantas vezes se acusa os tradutores e

[42] A Concordância de Strong, elaborada pelo teólogo do século XIX James Strong e publicada pela primeira vez em 1890, é um sistema de referência cruzada remetendo cada palavra presente na edição bíblica do Rei James ao termo existente no texto na linguagem original. A ideia era criar um índice de referência bíblico por palavra (o número de Strong), permitindo assim a localização de todas as ocorrências de um determinado termo na Bíblia. A lista completa inclui 8674 radicais hebraicos no Antigo Testamento e 5624 radicais gregos no Novo Testamento.

organizadores da Bíblia ou da Torá. Uma comprovação da validade (e da ancestralidade) da interpretação adotada por Hamilton pode ser vista na indignação com a qual o rabino Abraham Ibn Ezra a rechaça no século XI, curiosamente utilizando os mesmos argumentos ultraconservadores que pude averiguar na internet.

Outro forte argumento a favor da interpretação "genital" seria, simplesmente, reescrever a passagem, observando que a mesma não perde sentido; ao contrário, ficaria até mais objetiva: "E vendo este que não prevalecia contra ele, golpeou o escroto, e se rasgou o escroto de Jacó, lutando com ele [...] e manquejava em razão de seu escroto. Por isso os filhos de Israel não comem o genital, adjacente ao escroto, até o dia de hoje; porquanto golpeara o escroto de Jacó, junto ao seu genital".

O que chama atenção é a referência, repetida claramente ao menos em três passagens do Gênesis, a homens (ou anjos) tocando os testículos de outro como sinal de obediência, de aceitação, de promessa a ser cumprida, de submissão. O que fica subjacente é a ideia de que os testículos seriam, de alguma forma, portadores de certa autoridade, ou melhor, seriam provas concretas do poder simbólico dos homens que têm os genitais tocados nessa perspectiva. É esse o ponto que importa nesse mito bíblico: o toque deve ser nos testículos, não no pênis ou em outros possíveis marcadores masculinos, como a barba, por exemplo. De alguma forma, os testículos parecem resumir em um único ponto no corpo a força simbólica dos homens que recebem o toque. Se nos atermos ao caso da luta de Jacó/Israel, a associação com alguma noção de força é notória. O anjo está perdendo a luta, claramente física, e admite a derrota e, por conseguinte, o fato de ser mais fraco que Jacó, tocando-lhe os testículos, como que atestando a superioridade física do outro.

1.4 **Testículos na Antiguidade Greco-Romana**

A tradição judaico-cristã não é a única que relaciona testículos a alguma ideia de virilidade. Entre os mitos da Grécia Antiga, também percebemos essa associação. Já no mito de criação grego temos a primeira referência. Segundo a mitologia narrada por Hesíodo, num período ainda anterior aos deuses do Olimpo, Urano (o céu) e Gaia (a terra) geraram os primeiros titãs. Urano, porém, detestava sua prole, e a mantinha presa no interior de Gaia, no Tártaro. Sofrendo de dores terríveis, Gaia convenceu seus filhos a se rebelarem contra Urano, produzindo uma foice que seria capaz de feri-lo. Assim, o mais novo de seus filhos, Cronos,

ficou a postos quando Urano veio se deitar sobre Gaia e, usando a foice, cortou os testículos do pai e lançou-os ao mar, dando origem a Afrodite. Após sua castração, Urano havia de profetizar a queda dos titãs, traído pelos seus filhos assim como ele o foi. Reza a lenda que, retirados seus testículos, Urano nunca mais se moveu. Com isso, podemos inferir que os testículos estavam de alguma forma associados ao movimento, e, na sua ausência, Urano não tinha mais força para lutar contra seus filhos, que puderam então subjuga-lo.

Várias outras lendas e personagens mitológicos gregos contribuem para a imagem do homem moderno, e retornarei a eles em passagens mais oportunas. Por ora, basta ressaltar o quanto a forma corporal masculina era cultuada na Grécia Antiga como um ideal de beleza humana, percebido pela ampla distribuição de estátuas de homens nus[43].

Fora do mito, os gregos concediam outras finalidades ao testículo além da fecundação, mas ainda ligadas a uma ideia de virilização: Aristóteles afirmava que os testículos funcionavam como pesos para as cordas vocais. À medida que o rapaz crescia, seus testículos se enchiam e, com isso, puxavam as cordas vocais. O resultado seria a voz mais grave nos homens. Essa crença pode estar associada a outros mitos gregos. Segundo Jean-Pierre Vernant (2002, p.36), as palavras que designam a urdidura do tear são masculinas em grego. "A urdidura é vertical, é o fio tenso, forte, suspenso por pesos amarrados com uma espécie de gancho: Aristóteles explica que são comparáveis aos testículos [...] na literatura órfica, *mitos*, a palavra que quer dizer urdidura, pode significar o sexo ou o esperma". Mais uma vez, vemos a relação entre os testículos e alguma noção de força.

Tanto na Grécia quanto em Roma Antigas, os testículos estavam associados ao vigor sexual, longevidade e bravura. Segundo David Hamilton (1986, p.14), eram comuns no Império Romano preparados "satíricos", feitos a partir de testículos de bode ou lobo, com intenção afrodisíaca e como estimulante sexual. Vendidas sob o nome de "*aquæ amatrices*", algo como "água do amante" em latim, essas poções eram supostamente dadas por Messalina, a esposa do Imperador Claudius, aos seus amantes, e seriam responsáveis pelas peripécias sexuais de homens como Calígula e Nero. É também do Império Romano uma das referências mais antigas ao poder afrodisíaco das ostras, que acreditava-se aumentar o desejo sexual, e,

[43] Era comum nessas estátuas que o testículo esquerdo fosse representado maior do que o direito. A assimetria entre os testículos é natural da espécie humana, mas estatisticamente o direito tende a ser maior e mais alto que o esquerdo, ao contrário, portanto, das esculturas gregas. Ninguém sabe ao certo o motivo dessa diferença entre os gregos, mas assume-se que deriva de crenças locais acerca de fertilidade e moralidade.

mais recentemente, passou-se a justificar tal uso através da alta concentração de zinco no alimento, que estimularia a produção de testosterona[44].

Além desses usos, o período do Império Romano traz a interessante relação da palavra *testis* com testemunhas que vimos acima. Se, no latim, essa era a tradução da palavra testículo, no caso do grego, temos outra possível relação, mais próxima do sentido bíblico. A palavra grega para testículo é *órkis*, radical ainda utilizado pela medicina atual, como em orquite (inflamação dos testículos) ou criptorquidia (testículos ectópicos)[45]. A palavra grega para testemunha (*mártyr*) não aparenta ter nenhuma relação, porém, a palavra para juramento é *órkos*, sendo possível fazer alguma associação com os testículos. Porém, não encontrei nenhuma referência direta entre testículos e juramentos na Grécia Antiga. Por outro lado, nos tribunais romanos, os homens tinham que segurar seus testículos ao fazer o juramento, prática que ocorria também entre os gladiadores.

1.5 **Testículos medievais e renascentistas**

Ao que tudo indica, a ideia de pôr a mão sobre os testículos para juramentos formais continuou ao longo da Idade Média. Mas outras interpretações envolveram os testículos (ou melhor, a ausência deles) num período dominado pelo conservadorismo sexual da Igreja Católica. A partir de uma frase supostamente dita por Jesus Cristo – de que "Existem homens que se tornaram Eunucos pelo bem do Reino dos Céus" –, alguns padres passaram a defender que, além da abstinência sexual, seria necessário ainda a castração dos "homens de Deus". Essa teria sido uma prática bem localizada, e rapidamente, entendeu-se que a fala de Cristo

[44] Outro uso de testículos em Roma, mas que dessa vez tem pouco relação com nosso tema, envolve o uso de testículos de castor como substância abortiva. O *castoreum* (em português, castóreo), como era chamado, é uma secreção oleosa e amarga, com cheiro ligeiramente fétido, contida no prepúcio dos castores, que era usada na medicina tradicional. Entre os inuítes, esquimós do Norte das Américas, utilizava-se testículos secos de castor para aliviar a dor. Esses efeitos podem ser explicados pelo acúmulo de salicilina na secreção devido à dieta dos castores, rica em salgueiro. A salicilina se transforma em ácido salicílico, que possui atividade analgésica, antipirética e anti-inflamatória. O comércio de testículos de castor foi muito intenso entre os séculos X e XIX, que chegavam à Europa vindos do Levante, região hoje ocupada por Israel e Síria. Nostradamus, no século XVI, defendia o uso do castóreo como fixador para perfumes. O castor estaria etimologicamente ligado à castração, a técnica de esterilização através da retirada dos testículos. Claudio Eliano, um autor romano, afirmava que os castores mordiam os seus testículos, descritos como seus órgãos mais valiosos, até arrancá-los, para que os caçadores não os matassem. Diversas fábulas envolvendo castores surgiram no Império, cujas lições de moral afirmavam que, para sobrevivência, é por vezes necessário sacrificarmos aspectos importantes de nossas vidas.

[45] Stanley Aronson (2010, p.118), escrevendo sobre a relação entre "testículo" e "testemunha" para um léxico médico, enfatiza que a tradição das nomenclaturas médicas tende a usar o nome grego do órgão para condições patológicas ou intervenções cirúrgicas, e o termo em latim, para designações anatômicas.

era metafórica, retomando a fábula do castor como uma forma de evidenciar a renúncia cristã. Assim, no século XII, o *Bestiário*[46] de Aberdeen intrepretou o comportamento do castor de morder os próprios testículos da seguinte forma: "todo o Homem que siga os mandamentos e desejos de Deus e deseje viver de forma casta, deverá despegar-se de todos os seus vícios e atos vergonhosos". No mesmo livro, é dito que o castor já castrado, ao ver um caçador, fica de pé sobre duas patas para mostrar a ausência de seus testículos.

Não apenas os castores parecem escolher a auto-mutilação. Durante a Idade Média, uma prática recorrente era arrancar voluntariamente o testículo esquerdo, pois acreditava-se que esse testículo seria responsável pela produção de fetos do sexo feminino, enquanto o direito, produziria meninos. Como apenas um testículo é suficiente para a reprodução (e, sabe-se hoje, para a manutenção da produção hormonal), esses homens seguiam a vida sem grandes mudanças, e certos de que sua chance de ter filhos homens, ou seja, herdeiros legítimos, estava aumentada.

Outra prática de castração comum surgiu ainda no início do Império Bizantino, na Constantinopla do século I, mas disseminou-se durante a Idade Média, a castração de jovens pré-púberes para fins musicais. Devido à proibição de mulheres nos coros das Igrejas, recorria-se à castração para que fosse possível ter homens cuja extensão vocal correspondesse à voz feminina, especialmente de sopranos. A ausência de hormônios sexuais masculinos durante a puberdade fazia com que os meninos se desenvolvessem normalmente em termos de capacidade pulmonar e muscular, mas impedia o crescimento da laringe (que chega a ter o dobro do comprimento entre homens, engrossando a voz) e da barba. Os *Castrati* foram populares nos coros bizantinos até pelo menos o século XIII, depois da tomada de Constantinopla na Quarta Cruzada. No século XVI, contudo, a prática voltou à moda na Itália, na Alemanha e no Vaticano, tendo sido bastante comum na ópera até os séculos XVII e XVIII. Os *castrati* costumam ser crianças órfãs ou de famílias pobres muito numerosas, que doavam seus filhos na impossibilidade de sustentá-los. A prática foi finalmente proibida em 1870. Talvez a inspiração para essa prática tenha vindo da ideia de Aristóteles de que os testículos puxavam as cordas vocais.

[46] Os Bestiários foram um tipo de literatura descritiva do mundo animal (das bestas), muito comum entre o clero durante a Baixa Idade Média, inspirados no *Fisiólogo*, escrito no século IV em grego. Eram catálogos escritos por monges que traziam informações sobre animais reais e fantásticos, acompanhados de mensagens moralizadoras. Como livros alegóricos, que chegavam a ser claramente humorísticos e fantasiosos, suas informações não derivavam nem representavam conhecimentos científicos, mas tiveram muita influência sobre crenças populares no período medieval. Entre eles, o Bestiário escrito na Universidade de Aberdeen, Inglaterra, em torno de 1200, é um dos mais famosos.

Se os bons cristãos e seus cantores deveriam perder os testículos, o mesmo não pode ser dito do Papa. Para evitar que mulheres se passassem por homens e ocupassem o Trono de São Pedro, como na lenda da Papisa Joana[47], o cardeal que fosse nomeado Papa tinha seus testículos apalpados para se certificar de que era mesmo homem. O cardeal responsável pelo ato, após a verificação, falava: *Testiculus habet et bene pendentes*, frase em latim que significava *Ele tem testículos e estes penduram-se bem*. Então, os outros cardeais repetiam, em coro: *Habet ova noster Papa*, significando *O nosso Papa tem ovos*, e apenas depois desse ritual podia-se nomear o novo Papa. Existia inclusive uma cadeira especial, com uma abertura lateral pela qual o cardeal colocava a mão para apalpar o futuro Papa. Essa prática seguiu até 1913, quando foi abolida definitivamente. Novamente, temos os testículos servindo como atestados da virilidade.

Ainda na Idade Média, temos alguns usos médicos dos testículos, principalmente a partir da figura de Paracelso, como veremos em detalhes em outro capítulo. Nesse período, os extratos de testículos animais (e até humanos) eram usados para reverter sinais do envelhecimento e impotência sexual. Na Londres de 1635, o médico William Harvey foi realizar o registro *post-mortem* de Thomas Parr, que havia vivido até fantásticos 152 anos! Segundo boatos, Parr manteve uma vida sexual ativa até sua morte, e esse foi o motivo do exame de Harvey. Segundo Hamilton (1986, p.14), o relatório do médico afirmava que os "órgãos da geração" estavam ainda saudáveis, e que seus testículos eram "pesados e grandes". Com essa história, percebemos a consistente associação entre testículos "bem formados" e características viris, como a jovialidade e a potência sexual.

Essa associação era bastante automática na Europa medieval e renascentista. A farmacopeia do *London College of Physicians* de 1676, uma das mais utilizadas na Europa, descrevia em detalhes métodos para extração dos testículos de diferentes espécies, a serem usados como tratamento para diversas doenças ou como estimulantes sexuais. O *Dispensatory*

[47] A Papisa Joana teria sido a primeira e única mulher a governar a Igreja, durante dois ou três anos, entre o papa Leão IV e o papa Bento III, entre 850 e 858, numa época de crise e confusão na Diocese de Roma. É considerada fictícia pela maioria dos historiadores modernos, originada numa sátira antipapal espalhada por inimigos do Papado, como a Igreja Ortodoxa, a Ordem dos Franciscanos ou dos Dominicanos. A lenda aparece pela primeira vez em documentos do início do século XIII, situando os acontecimentos em 1099. Existem muitas controvérsias sobre esta história, inclusive uma versão na qual Joana seria, na verdade, um eunuco. A mais popular, contudo, afirmava que Joana havia parido durante uma procissão, na rua entre o Coliseu e a Igreja de São Clemente. Novas divergências envolvem a reação ao parto do Papa/Papisa, mas, em todas as versões, a multidão teria se indignado e considerado uma profanação, apesar de haver uma versão na qual os cardeais se ajoelharam acreditando se tratar de um milagre. Posteriormente ao parto, João/Joana teria sido amarrada num cavalo e apedrejada até a morte por heresia. No trajeto da procissão, foi erigida uma estátua de uma donzela com uma criança no colo, com a inscrição *Parce Pater Patrum, Papissae Proditum Partum*, o que foi atestado em 1375 no apócrifo e inventivo, porém super popular, guia *Mirabilia Urbis Romae* ou Maravilhas da Cidade de Roma. Em 1501, porém, o polêmico Papa Alexandre VI, o Rodrigo Borgia, escandalizou a Europa e o Colégio dos Cardeais ao nomear sua filha, Lucrécia Borgia, para substituí-lo durante um período de visita a Nápoles.

de Salmon, publicado em 1684, trazia uma extensa lista de métodos de extração de testículos animais e seus usos:

> Aper, o javali...os ovos e o pênis secos, e dados 1 *ounce* por vez em pó, ajudam na fraqueza e esterilidade. Canis, o cão...os testículos e a secreção provocam luxúria. Cervus, o cervo...seco e bebido em vinho provoca luxúria. Equus, o cavalo...excita venéreo e expulsa o pós-parto. Panthera, Leopardus, pantera ou leopardo...o testículo sendo bebido por uma mulher provoca a menstruação. Taxus, o texugo...comido com mel, agita a luxúria e causa concepção. Aquila, a águia...os testículos causam venéreo. Buteo, o urubu, os testículos ajudam a fraqueza da geração. Gallus, o galo...os testículos agitam a luxúria. Sturio, o esturjão...suas ovas aumentam a semente e provocam luxúria (HAMILTON, 1986, p.14-5, tradução livre[48]).

A partir dessa lista, fica evidente como a associação entre testículos ou o sêmen e a força, física e/ou sexual, do homem era comum no século XVII. Preparados de testículos se tornam frequentes na medicina e no charlatanismo europeus até cerca de 1800, quando desapareceram das farmacopeias e publicações médicas oficiais, permanecendo, contudo, bastante presentes entre o público leigo. A volta do uso científico desses extratos, no final do século XIX, pode ser considerada um marco do processo que culmina na síntese laboratorial de testosterona, como discuto nos capítulos a seguir.

1.6 **Os testículos como uma protoideia de virilidade**

Ao observar essa persistente relação entre *testículos* e alguma noção de *força*, que aparece espontaneamente em contextos tão distintos, fica a pergunta de qual seria sua importância para uma associação de fato científica entre as duas categorias. Primeiro, seria exagero afirmar que a ciência moderna faz essa associação? E, se faz, é possível afirmar que haja alguma relação entre os mitos descritos acima e o que a medicina irá afirmar sobre testículos e a formação do homem?

Se seguirmos o argumento de Ludwik Fleck (2010), a resposta seria sim. O autor polonês afirma que "[m]uitos fatos científicos e altamente confiáveis se associam, por meio de ligações evolutivas incontestáveis, a protoideias (pré-ideias) pré-científicas afins, mais ou menos vagas, sem que essas ligações pudessem ser legitimadas pelos conteúdos" (FLECK,

[48] No original: "Aper, the boar…the stones and pizzle dried, and given in powder I ounce at a time, help weakness and barrenness. Canis, the dog…the testicles and secretion provoke lust. Cervus, the deer…dried and drunk in wine provoke lust. Equus, the horse…excite venery and expel the afterbirth. Panthera, Leopardus, panther or leopard…the testicle being drunk by a woman provoke the terms. Taxus, the badger…eaten with honey, stirs up lust and causes conception. Aquila, the eagle…the testis cause venery. Buteo, the buzzard, the testicles help the weakness of generation. Gallus, the cock…the testicles stir up lust. Sturio, the sturgeon…their spawn increases seed and provoke lust".

2010, p.65). Falando sobre a reação de Wassermann para detecção de sífilis, Fleck argumenta como uma antiga ideia popular do sangue "impuro" do sifilítico influencia os cientistas. A princípio, uma crença absolutamente leiga, sem fundamentos científicos, essa ideia se desenvolve lentamente, se aprofunda, ganha contornos mais precisos até que consegue ser finalmente incorporada numa "expressão científica moderna". Em paralelo, a protoideia continua presente na imaginação do povo, e agora pode ser plenamente defendida, num processo de retroalimentação que se repete com alguma frequência na história da ciência.

Diversos postulados científicos muito sólidos hoje, como a teoria atômica, a conservação da matéria ou o sistema heliocêntrico "desenvolveram-se de pré-ideias mais ou menos confusas, que existiam muito antes de sua comprovação científica e que obtiveram, nas diversas épocas, fundamentações diversas, até encontrar sua expressão moderna" (FLECK, 2010, p.65-6). Nelly Oudshoorn (1994), ao contar a história da "descoberta" dos hormônios sexuais, se deu conta que "a ideia de testículos e ovários como agentes de masculinidade e feminilidade pode ser rastreada até vários períodos em que essas ideias surgiram, antes da era hormonal" (OUDSHOORN, 1994, p.17, tradução livre[49]). E foi a partir dessa percepção que a autora holandesa viu a validade das protoideias de Fleck para explicar essa relação, que soava tão "natural", entre genitais, hormônios e noções de masculinidade e feminilidade:

> Perguntei-me se a introdução do conceito de hormônios sexuais estava ligada a crenças anteriormente existentes sobre mulheres e homens; e, em caso afirmativo, como essas ideias pré-científicas se integraram ao campo emergente da endocrinologia sexual? (OUDSHOORN, 1994, p.15, tradução livre[50]).

Faço minhas as perguntas de Oudshoorn acerca da protoideia que associa testículos à virilidade. Uma noção, introjetada ao longo de séculos na(s) cultura(s), de que tem algo nos testículos que faz um homem forte é o que irá levar a uma busca, científica, do que seria esse fator *virillis*. Em última instância, os cientistas modernos chegam à concepção de hormônio sexual, e definem essa vaga noção de força como um dos principais efeitos da testosterona. Assim como no "sangue sifilítico impuro", essa associação não se restringe aos laboratórios e manuais científicos, mas está presente nos discursos de pessoas comuns que utilizam o hormônio, visando esse ou outro efeito. A protoideia é reconstruída na mídia leiga, em piadas desinteressadas, em ditados populares, enfim, no nosso cotidiano. Arrisco dizer que, lendo

[49] No original: "The idea of testes and ovaries as agents of masculinity and femininity can be traced back to several periods in which these ideas emerged, prior to the hormonal era".
[50] No original: "It made me wonder whether the introduction of the concept of sex hormones was linked to any previously existing beliefs about women and men; and if so, how did these prescientific ideas then become integrated into the emerging field of the sex endocrinology?".

esse capítulo, essa associação deve ter soado de alguma forma familiar à/o leitor/a, pois está indelevelmente marcada em nossa cultura.

É preciso tomar um cuidado, porém. Não podemos acreditar que todo e qualquer enunciado científico poderá ser justificado por uma ideia ancestral. A ciência, afinal, tem a sua originalidade, ainda que restrita. "Além disso, nem toda ideia antiga que apresenta semelhança com uma descoberta posterior possui com ela uma relação histórica. [...] Ocorria, ainda, que as ideias, apesar de buscas intensas, permaneciam sem provas científicas e acabavam sendo abandonadas" (FLECK, 2010, p.66). Caso contrário, estaríamos até hoje buscando uma pedra filosofal. Mas é inegável que certas teorias derivam de "pré-disposições histórico-evolutivas", e insisto que o lugar dos testículos nas cosmogonias masculinas inclina os pesquisadores a um olhar minucioso sobre essas que já foram chamadas de pequenas joias masculinas.

Ao trabalhar com o conceito de protoideias, outro risco que corremos é o de considerar a ciência como o juiz que separa o joio do trigo. "A objeção de que, na história, ocorreria um grande número de ideias mais ou menos confusas, das quais a ciência simplesmente adotaria as 'corretas' e descartaria as 'incorretas', é insustentável" (FLECK, 2010, p.66-7). É preciso compreender que o cientista não está descolado do mundo, e é por ele influenciado, o que espero ficar claro ao longo dessa tese. Não é possível – ou é ao menos muito difícil – formular uma ideia que soe absurda no contexto no qual estamos inseridos. Não à toa, homens como Leonardo da Vinci, que desenha uma máquina voadora em pleno Renascimento, tiveram suas propostas, muito à frente de seu tempo, largamente ignoradas. Opostamente, encontramos ainda hoje cientistas obcecados em descobrir um "gene gay", apesar dessa ideia ter sido repetidamente desacreditada por inúmeras disciplinas científicas.

Assim, não pretendo adotar uma postura essencialista, que afirma que existe algo de viril nos testículos, e a repetição dessa associação seria a prova última dessa relação. Antes, destaco essas pequenas passagens na história ou nas mitologias da humanidade para tentar compreender, como Oudshoorn o fez com a associação entre genitais e gênero, a importância que os testículos e suas secreções (seja o sêmen ou a testosterona) terão na construção do homem moderno e na centralidade desses órgãos e fluidos na "expressão científica moderna" da masculinidade.

2 A GESTAÇÃO DA TESTOSTERONA

Se é verdade que uma associação entre testículos e virilidade aparece em diferentes civilizações e momentos históricos, me interessa entender sua presença num contexto europeu moderno, no qual ganhará contornos específicos na episteme positivista. Assim, nesse capítulo, me dedico a relatar como essa protoideia será paulatinamente cientificizada, seguindo as inovadoras perspectivas teóricas do período, até criar as condições necessárias para o pleno estabelecimento de uma molécula específica que sedimenta essa associação comum nos termos da ciência moderna.

Em paralelo, ao contar essa história, é possível perceber o esforço da ciência médica em se estabelecer como um discurso hegemônico sobre o corpo e seu funcionamento, ao mesmo tempo em que é utilizada como justificativa para uma miríade de desigualdades e hierarquias sociais. Para ocupar esse lugar, foi preciso demarcar um claro limite entre o que era científico e o que era charlatanismo. Sendo assim, todas as concepções que contradiziam os pressupostos teóricos e práticos da medicina (assim como as hierarquias sociais vigentes) seriam relegadas à condição de falsas, ineficazes e anticientíficas, e mesmo respeitáveis acadêmicos e clínicos bem-sucedidos corriam o risco de serem desmoralizados e taxados de charlatães a qualquer momento de suas carreiras.

Não podemos esquecer que a história relata os fatos pela ótica do "vencedor". Portanto, é possível inferir que outras tentativas de encaixar a ideia de que "algo que está nos genitais produz homens ou mulheres" no paradigma científico vigente existiram na história da ciência europeia, em número muito maior do que os poucos casos que serão descritos nas páginas a seguir. Porém, essas propostas e seus autores perderam o bonde da história e caíram no esquecimento. Além disso, seria no mínimo eurocêntrico, para não dizer claramente racista, considerarmos que só a Europa produzia ciência. Que outros povos e outras civilizações produziam conhecimento, parece inquestionável; entretanto, nomear como "ciência" esse conhecimento não europeu já não é tão consensual. Acredito que certamente outros saberes estavam – e estão, e estarão – sendo produzidos fora do Norte global (ou de sua retórica) ao longo dos séculos, saberes esses que são, na melhor das hipóteses, de difícil acesso para uma Academia de inspiração europeia como a nossa até um período bem mais contemporâneo. Esse "Outro" da ciência será desqualificado como menos real, errôneo, charlatão, místico.

Porém, sempre tem algo que escapa ao apagamento e perdura, mesmo havendo "perdido a batalha", nem que seja para servir de exemplo de "má ciência". A permanência dessas vozes dissonantes, por outro lado, aumenta o sentimento de que muitas outras vozes foram provavelmente abafadas, e demonstra a dificuldade do pensamento científico em lidar com sua intrínseca alteridade (uma questão que, diga-se de passagem, animará diversos debates na epistemologia da ciência).

2.1 **Revoluções, ciências e corpos: da hierarquia que gera diferença à diferença que gera hierarquia.**

Seria difícil falar na obviedade que as gônadas ganharam como lugares privilegiados de gestação da testosterona sem pensar o que são e como surgiram, enquanto um construto anatomo-clínico, as referidas gônadas sexuais. Essa questão soa um tanto inútil – nos parece evidente que o que hoje chamamos de testículos, ovários, pênis, úteros e vaginas sempre foram desse jeito e sempre estiveram onde estão, salvo casos específicos de más formações congênitas ou acidentes. Suas existências, formas e localizações certamente não dependem do olhar nem da descrição humanos. Mas será que tais estruturas são de fato tão estáveis e pré-determinadas? Se aceitamos alguma relatividade na resposta a essa pergunta, admitindo que seus contornos, limites, funções e relações tenham se transformado e se fixado no decorrer do tempo, torna-se impossível compreender a testosterona, produto da ciência do século XX, sem compreender seu genitor, o corpo tal qual o concebemos.

Nesse ponto, são úteis as considerações de Judith Butler acerca do ato de nomear. Para a autora, dialogando com a tradição nominalista na filosofia, falar sobre algo e dar-lhe uma nomenclatura é também "dar corpo", formar aquilo que se nomeia. A afirmação constatativa é sempre, de alguma forma, performativa. Ou seja, ao constatar que homens têm pênis, por exemplo, exige-se que todas as pessoas que têm pênis ajam como, e, consequentemente, sejam homens. Dessa forma, não haveria um corpo "puro", intocado, anterior à linguagem. Nessa perspectiva, os genitais só se tornam genitais quando passam a ser assim nomeados (BUTLER, 2001).

Segundo David Le Breton (2011), é entre o século XVII e XVIII que o corpo se torna "fechado", estabelecendo um limite entre o indivíduo e seu exterior. Em consonância com a obra de Louis Dumont (1992), o autor afirma que essa seria uma característica do corpo

moderno, do individualismo, e pressupõe uma ideia de corpo-invólucro, contendo uma essência do humano dentro de si e rompendo com a transcendência dos períodos anteriores e o holismo das sociedades hierárquicas. Essa mudança epistêmica inaugura a ideia de ter um corpo, e não ser um corpo. Ao dessacralizar o corpo, em certa medida reduzindo-o a uma embalagem que pode ser alterada, ou, como coloca Le Breton, a uma máquina que pode e deve ser consertada (e aprimorada), abrem-se as portas do corpo a um olhar mecanicista, preocupado em desvendar seus complexos funcionamento e engrenagens.

Para Thomas Laqueur (2001), seria a partir dessa mudança ontológica na visão do corpo que a diferença sexual deixa de ser entendida em termos de uma hierarquização vertical entre os sexos e passa por uma radical separação de corpos masculinos e femininos, considerados opostos, complementares e incomensuráveis. Essa mudança na percepção dos corpos tem sobre a anatomia e a biologia o peso do que Thomas Kuhn (1998) chama de uma substituição de paradigmas, ou seja, daquelas "realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência." (KUHN, 1998, p.13).

Até então, a diferença sexual era pensada no que Laqueur (2001) chama de um "modelo de sexo único", herdeiro da teoria galênica, segundo a qual a mulher teria uma genitália idêntica à do homem, porém invertida. Para Galeno, a diferença sexual era uma questão de calor vital: o homem era mais quente que a mulher pois havia recebido mais calor já no útero, e esse calor fazia com que seus órgãos se expusessem, ao passo que a "frieza" feminina os mantinha retidos dentro do corpo. Segundo a teoria dos filósofos gregos, o calor vital seria a marca de uma perfeição metafísica; quanto mais "quentes" fossem os organismos, mais perfeitos eles eram, seguindo uma escala que se iniciava nos animais "de sangue frio" chegando até o macho da espécie humana[51]. Assim, como o homem era mais quente que a mulher, ela estaria numa posição necessariamente subordinada ao homem, o ápice da perfeição.

> Aristóteles argumentava que as mulheres são mais frias e mais fracas que os homens, e que as mulheres não têm calor suficiente para cozinhar o sangue e, assim, purificar a alma. Galeno, seguindo a doutrina hipocrática dos quatro humores, acreditava que as mulheres são frias e úmidas enquanto os homens são quentes e secos; os homens são ativos, as mulheres são indolentes. As suposições médicas

[51] David Healy (1997, p.7-9) descreve em detalhes o "modelo humoral de saúde e doença" helênico. Proposto por Hipócrates, explicava a doença a partir de um desequilíbrio entre quatro humores: "blood, which was hot and moist and came from the heart; phlegm, which was cold and moist and came from the brain; black bile (melancholy), which was cold and dry and came from the spleen and bowel; and yellow bile, which was hot and dry and came from the liver" (HEALY, 1997, p.8). Com a decadência da Grécia helênica, Galeno de Pérgamo apresenta os escritos de Hipócrates no que ficou conhecido como "o sistema hipocrático", que nada mais é do que a medicina dos humores.

> destes antigos foram incorporadas no pensamento medieval com poucas revisões e dominaram muito da literatura médica ocidental até o século XVII (SCHIEBINGER, 2000, p.28, tradução livre[52]).

Nesse modelo, havia uma homologia total entre os órgãos genitais, tão grande a ponto de usar-se o mesmo nome dos órgãos masculinos para referir-se aos seus "similares" na mulher (vagina = pênis, lábios = prepúcio, clitóris = glande, útero = escroto, ovários = testículos). Por volta de 1800, porém, essa matriz de compreensão será alterada pelo que Laqueur nomeia como o "modelo de dois sexos", no qual os sexos são diferentes em todos os aspectos concebíveis; são incomensuráveis e complementares. A diferença sexual passa a estar tanto no corpo visível quanto no nível microscópico (ainda celular), como visto no trabalho de Patrick Geddes (1889, p.266) citado por Laqueur (2001, p.18) e Emily Martin (2006, p.75), que define as células masculinas como catabólicas, ou seja, consumidoras de energia, e as femininas como anabólicas, conservadoras de energia. Dessa relação energética, justificam-se papéis culturais masculinos e femininos: o homem despende energia, pois é mais ativo, mais atuante, em oposição à mulher, passiva e submissa, reescrevendo em um nível microscópico a diferença de calor, outrora metafísica.

Nesse processo, a diferença sexual se estabelece no (e é explicitada pelo) corpo, sendo, portanto, natural e imutável. Assim, comportamentos e atitudes considerados característicos de homens e mulheres o são pela própria fisiologia desses corpos, contrastando com a noção anterior que descrevia o oposto, ou seja, que o gênero (considerado determinante de comportamentos e atitudes) era o fenômeno primário em relação à conformação dos corpos[53]. O corpo e o sexo eram ainda epifenômenos, enquanto o gênero, a categoria cultural, era real. "Ser homem ou mulher era manter uma posição social, um lugar na sociedade, assumir um papel cultural, não *ser* organicamente um ou o outro de dois sexos incomensuráveis [...] o sexo antes do século XVIII era ainda uma categoria sociológica e não ontológica" (LAQUEUR, 2001, p.19, grifo no original).

Contudo, as bases epistemológicas do modelo de sexo único se mantiveram firmes até pelo menos metade do século XVII, mesmo quando a explicação do corpo através da teoria do

---

[52] No original: "Aristotle argued that women are colder and weaker than men, and that women do not have sufficient heat to cook the blood and thus purify the soul. Galen, following the Hippocratic doctrine of the four humors, believed that women are cold and moist while men are warm and dry; men are active, women are indolent. The medical assumptions of these ancients were incorporated into medieval thinking with few revisions and dominated much of Western medical literature until well into the seventeenth century".

[53] Basta lembrar o famoso caso da menina Marie, que, ao saltar por cima de uma vala correndo atrás de porcos num campo de trigo, vê seus órgãos sexuais "descerem", tornando-se, então, o menino Germain. Tal exemplo demonstra bem a plasticidade dos corpos à época. Ver Laqueur, 2001, p. 163.

calor vital deixa de ser tão precisa. Para compreender o processo que levará à queda, ainda que parcial, do modelo de sexo único, é preciso antes refletir sobre a indissociabilidade entre o social e o científico. O modelo de sexo único se mantém uma matriz explicativa válida para a percepção social da diferença sexual[54] ao longo de toda a Idade Média, não havendo, portanto, necessidade de alterar os termos da teoria que o sustenta.

Uma demonstração disso nos é dada por David Healy (1997). Segundo o autor, o modelo galênico (que unia o sistema hipocrático dos humores com a lógica aristotélica) não chega a ser abandonado de fato. Na verdade, com a queda de Roma, foi através da medicina árabe, no século XIII, que esse sistema voltou ao pensamento médico europeu, perdurando por ainda alguns séculos.

> [...] o emergente conhecimento anatômico do século XVII sobre a circulação do sangue, por exemplo, ou a demonstração da existência de nervos foram incorporados em versões atualizadas dos modelos de Galeno. Surgiu uma variedade de sistemas que substituíram idéias de tensão dos vasos sanguíneos ou dos nervos, ou obstruções no fluxo de linfa, ou mesmo reações químicas aberrantes em um ou outro conjunto de tecidos corporais para equilíbrios humorais. Mas todos esses sistemas, de uma forma ou de outra, permaneceram fiéis a Galeno, na medida em que tentavam relacionar problemas locais a desordens no corpo como um todo. (HEALY, 1997, p.8-9, tradução livre[55]).

Foi apenas a partir de uma mudança tanto epistemológica quanto política que as explicações do corpo precisaram de novos marcos. Na verdade, devemos pensar esse processo de um ponto de vista ainda mais amplo; não foram apenas as representações do corpo que mudaram, mas a própria visão de mundo ocidental. De acordo com Dumont (1985, 1992), a modernidade trouxe uma nova concepção de mundo e de sociedade, através da noção do indivíduo como um valor. Ao contrário do holismo que caracteriza as sociedades tradicionais, o individualismo traz a preeminência da parte sobre o todo, de forma que a sociedade deixa de ser vista como um todo que preexiste e dá sentido às partes para se configurar como uma soma de indivíduos autônomos, livres e iguais. Se antes cada ser humano particular era

---

[54] Talvez fosse melhor aqui falar de uma diferença de gênero mais do que sexual. Porém, se essa diferenciação já é perigosa quando pensamos momentos mais contemporâneos da ciência, nesse momento, no qual as bases biológicas da diferença entre homens e mulheres estão sendo construídas, separar o "biológico" do "cultural" é ainda menos preciso. Atenho-me à ideia de "diferença sexual" nesse capítulo na intenção de sublinhar a ancoragem anatomo-fisiológica da diferença entre homens e mulheres, mas, como venho argumentando, me parece claro uma premência do "cultural" frente à novidade do corpo sexuado. Diversas autoras se debruçam especificamente sobre a falsa dicotomia sexo/biológico X gênero/cultural, entre as quais destaco Anne Fausto-Sterling (2001), Gayle Rubin (1975), Judith Butler (2001), entre outras.

[55] No original: "the emerging anatomical knowledge of the seventeenth century on the circulation of the blood, for instance, or demonstration of the existence of nerves were incorporated into updated versions of Galen's models. A variety of systems emerged which substituted ideas of tension of the blood vessels or the nerves or obstructions in the flow of lymph or even aberrant chemical reactions in one or another set of bodily tissues for humoral balances. But all such systems, in one way or another, remained true to Galen in that they attempted to relate local problems to disorder in the body as a whole".

orientado para fins prescritos pela comunidade, e cada um tinha seu lugar num grande quadro transcendente, com o advento da modernidade, cada indivíduo particular "encarna a humanidade inteira" (DUMONT, 1992, p.57).

Há, portanto, um esfacelamento da transcendência, que começa com a ascensão dos valores do Renascimento e da Reforma Protestante, e culmina numa verdadeira revolução individualista, no qual "a comunidade cristã hierárquica" do período medieval "atomizou-se em dois níveis: foi substituída por numerosos Estados individuais, cada um dos quais era constituído de homens individuais" (DUMONT, 1985, p.88).

É importante perceber que não há uma superação absoluta do modelo hierárquico, que sobrevive em diversas instâncias no mundo moderno. Contudo, ocorre uma alteração na visão de mundo dos modernos, que passam a rechaçar modelos hierárquicos de uma maneira geral, ainda que a hierarquia permaneça sendo necessária. De toda forma, o que fica claro no individualismo é a possiblidade de separação em partes individuais, a "atomização" proposta por Dumont, que terá consequências diretas sobre as ciências naturais.

Como o corpo a partir do século XVII é dessacralizado, deixa de ser visto como um microcosmo que representa/reproduz uma ordem maior, holista e transcendente, alterando a ideia de uma escala de perfeição metafísica[56] para explicar um corpo que agora pode ser aberto, manipulado e dividido em segmentos, analisáveis e observáveis. Porém, é essencial compreender que a mudança na percepção do corpo não se dá apenas através de uma revolução cartesiana (e secular) na descrição anatômica dos corpos. A ideia de que todos "os homens"[57] são – ou pelo menos, devem ser tratados como – livres e iguais defendida nas revoluções burguesas do século XVIII que fundam o individualismo possibilita um questionamento de quais seriam os papéis sociais masculinos e femininos na nova ordem social. Surge, então, a necessidade de se (re)estabelecer a divisão sexual do trabalho e o lugar social do homem e da mulher que irá culminar na substituição por um novo paradigma – o individualismo, que, aplicado ao corpo, produz o modelo de dois sexos.

Assim, a descrição científica dos corpos passa a estar de acordo com o modelo de sociedade proposto por Jean-Jacques Rousseau (2013) em seu *Do contrato social*. A nova ordem social burguesa exigia remodelar diversos comportamentos e costumes da aristocracia

[56] A ideia de uma escala dos seres é recorrente na história da humanidade. Arthur Lovejoy a chamou de *A Grande Cadeia do Ser*, analisando-a dos gregos clássicos ao século XIX. Os degraus dessa escala irão se alterar de acordo com a episteme da civilização que a propõe, mas tem em comum a ideia de que os seres podem ser agrupados numa escala hierárquica que compõem uma unidade do Ser. Ver Lovejoy, 2005.

[57] Não pretendo aqui reiterar a categoria "homem" como genérico e universal de "ser humano", apenas aciono tal categoria de forma a deixar explícita a associação da época.

considerados negativos ou atrasados, e essa "contenção dos instintos", conforme muito bem descrito por Norbert Elias (1989), era a marca do indivíduo civilizado. Não à toa, o "processo civilizador" se dava através de toda uma economia dos movimentos, e estaria visível no próprio corpo. Ou seja, o escrutínio do corpo se dava em suas diversas instâncias, tanto pelo pensamento e prática médicos-científicos como na política social, uma vez que "diferenças anatômicas e fisiológicas concretas entre o homem e a mulher (...) se tornaram politicamente importantes" (LAQUEUR, 2001, p.21).

É, pois, a partir de alterações eminentemente sociais que o modelo de sexo único se revela obsoleto. Centrar a análise dessa passagem entre modelos nos atlas anatômicos é uma estratégia muito eficaz de Laqueur (2001), que ilustra bem o que tento dizer aqui. Os cientistas já dissecavam corpos, e já olhavam as diferentes genitálias humanas da mesma forma que as vemos hoje – é difícil acreditar que tenha havido uma mudança anatômica tão significativa num espaço tão curto de tempo. Contudo, a percepção da forma desses órgãos havia sido irremediavelmente alterada, e tornou-se impossível continuar vendo o corpo como se via no modelo de sexo único.

Logo, foi nessa mudança do olhar que os órgãos femininos ganharam os nomes que hoje conhecemos, e houve uma intensa preocupação em diferenciar suas funções. Como coloca Laqueur (2001), onde antes via-se similaridades entre homens e mulheres, agora via-se apenas diferenças. E foram justamente mudanças nas estruturas sociais – a impossibilidade política e social de plena aplicação do princípio de Igualdade – que exigiram a mudança do paradigma. As alterações das representações genitais nos atlas anatômicos são, portanto, alterações nos "métodos e aplicações" de uma nova teoria da diferença sexual decorrente de uma mudança, literalmente revolucionária, no tecido social.

O risco dessa afirmação é levar a um determinismo social, no qual fatores *a priori* externos à ciência teriam uma maior importância. Nesse caso, estaria apenas invertendo os polos da dicotomia natural/biológico-social, e caindo no mesmo erro. Ao invés disso, proponho a abordagem da coprodução, conforme definida por Sheila Jasanoff[58] (2006). "A produção da ciência é também *política*, nós argumentamos; de fato, uma reivindicação central [...] é que não pode existir uma história apropriada das coisas científicas independente do poder e da cultura" (JASANOFF, 2006, p.21, tradução livre[59]). A linguagem da coprodução

[58] Segundo a própria Jasanoff (2006, p.22), o termo "coprodução" foi originalmente utilizado por Bruno Latour em seu famoso livro, *Jamais fomos modernos*, de 1993. Contudo, Jasanoff organiza uma extensa revisão do conceito, propondo definições mais claras, que aplico nessa tese.

[59] No original: "The making of science is also *political*, we argue; indeed, a central claim of our collection is that there cannot be a proper history of scientific things independent of power and culture".

vai além de simplesmente apresentar dois lados de uma mesma moeda, mas se foca justamente nas inter-relações entre a produção do conhecimento sobre ciência e tecnologia, de um lado, e a organização social e política, de outro. "Cada vez mais, a realidade da experiência humana emerge como as realizações conjuntas de empreendimentos científicos, técnicos e sociais: a ciência e a sociedade, em uma palavra, são *coproduzidas*, cada uma subscrevendo a experiência da outra." (JOSANOFF, 2006, p.17, tradução livre[60]).

Seguindo essa perspectiva, podemos então voltar à questão da ausência de uma descoberta científica significativa que operasse a passagem para o modelo de dois sexos. Essa afirmação não deveria surpreender, uma vez que não é única na história da ciência. Mas talvez nos incomode mais por falar sobre uma diferença que percebemos como evidentemente natural: homens e mulheres, e, em especial, seus genitais, são diferentes. E essa diferença nos parece grande demais para acreditarmos que, em algum momento da história, alguém olhou um corte anatômico de uma vagina e concluiu que era idêntico a um pênis invertido. Mas o que os cientistas veem depende, muito mais do que o sonho positivista de uma ciência que descortina a realidade permite admitir, das representações sociais disponíveis no mundo do que a uma inequívoca interpretação e descrição de fenômenos prévios ao olhar humano.

> Ao contrário de Atena surgindo adulta da cabeça de Zeus, arranjos sociais e políticos para explorar, resistir ou simplesmente acomodar mudanças tecnológicas não emergem, intactos e plenamente formados, em resposta à inovação e à descoberta. [...] As instituições legais e políticas levam, tanto quanto são levadas, a investimentos da sociedade em ciência e tecnologia. Os recursos materiais e culturais pelos quais atores humanos trazem novos fenômenos naturais à vista, ou buscam domesticar invenções desconhecidas, muitas vezes existem antes da "descoberta" dos próprios objetos. A concepção [*design*] da tecnologia é, da mesma forma, raramente acidental; ela reflete as faculdades imaginativas, as preferências culturais e os recursos econômicos e políticos de seus produtores e consumidores. [...] Em combates com o mundo físico, nós não somos meros expectadores cujas respostas e destinos estão inevitavelmente transformados pelo aumento do conhecimento e pela aquisição de inovadoras capacidades tecnológicas. [...] Em resumo, as formas nas quais nós percebemos novos fenômenos no mundo estão ligadas em todos os pontos – como os músculos ao esqueleto ou as molas numa cama de armar – às formas nas quais nós já escolhemos viver nele. (JASANOFF, 2006, p.16, tradução livre[61]).

---

[60] No original: "Increasingly, the realities of human experience emerge as the joint achievements of scientific, technical and social enterprise: science and society, in a word, are *co-produced*, each underwriting the other's existence".

[61] No original: "Unlike Athena sprung full-grown from brow of Zeus, social and political arrangements for exploiting, resisting or quite simply accommodating technological change do not emerge, intact and fully formed, in response to innovation and discovery. [...] Legal and political institutions lead, as much as they are led by, society's investments in science and technology. The material and cultural resources with which human actors bring new natural phenomena into view, or seek to domesticate unfamiliar inventions, often exist before the "discovery" of the objects themselves. The design of technology is likewise seldom accidental; it reflects the imaginative faculties, cultural preferences and economic or political resources of their makers and users [...] In engagements with the physical world, we are not mere spectators whose responses and destinies are ineluctably

Mas simplesmente afirmar que as genitálias definiam quem era homem ou mulher não foi suficiente. Se o homem e a mulher eram criaturas tão diferentes, e essa era uma premissa básica, essa diferença não estaria presente também em outros lugares? Assim, os séculos XVIII e XIX foram marcados por uma busca incessante por quais seriam os locais onde a diferença sexual se inscreve nos corpos. As gônadas mantinham ainda seu lugar de destaque, mas outras estruturas e órgãos, tão díspares quanto "ossos, cabelo, bocas, olhos, vozes, vasos sanguíneos, suor e cérebros" (SCHIEBINGER, 2000, p.31, tradução livre[62]) passaram a ser vistas com as novas lentes do nascente binarismo sexual. O esqueleto ganha uma importância especial, pois, como afirma Londa Schiebinger (2000, p.32, tradução livre[63]), "[s]e as diferenças sexuais pudessem ser encontradas no esqueleto, então a identidade sexual não seria mais uma questão de órgãos sexuais anexados a um corpo neutro […] mas penetraria em cada músculo, veia e órgão ligado ao e moldado pelo esqueleto". Se homens e mulheres são opostos e complementares, diferentes em tudo que é passível de diferença, logo, concluíram os cientistas da época, não devem ser apenas os genitais que diferem.

A invenção de um esqueleto feminino claramente diferente do masculino que ocupou os anatomistas a partir de 1750 tem consequências até os dias atuais, mas o que realmente nos importa aqui é perceber a especial importância que a justificativa biológica (anatomo-funcional) tinha numa sociedade na qual a

> [n]atureza e as suas leis eram consideradas acima da política humana. De acordo com essa visão, existe uma ordem na natureza que subjaz a polis bem ordenada. Se desigualdades sociais deveriam ser justificadas dentro do quadro do pensamento liberal, a evidência científica teria de mostrar que a natureza humana não é uniforme, mas difere de acordo com a idade, a raça e o sexo. (SCHIEBINGER, 2000, p.26, tradução livre[64]).

Assim, a busca por uma justificativa biológica para desigualdades sociais irá marcar a ciência produzida no século XIX, tendo a diferença sexual como um dos carros-chefes nesse

---

transformed by the growth of knowledge and the acquisition of novel technological capability. [...] In short, the ways in which we take note of new phenomena in the world are tied at all points – like the muscles on a skeleton or the springs on a cot frame – to the ways in which we have already chosen to live in it".

[62] No original: "bones, hair, mouths, eyes, voices, blood vessels, sweat and brains".

[63] No original: "[i]f sex differences could be found in the skeleton, then sexual identity would no longer be a matter of sex organs appended to a neutral body [...] but would penetrate every muscle, vein, and organ attached to and molded by the skeleton".

[64] No original: "[n]ature and its law were considered above human politics. According to this view, there exists an order in nature that underlies the well ordered polis. If social inequalities were to be justified within the framework of liberal thought, scientific evidence would have to show that human nature is not uniform but differs according to age, race, and sex".

processo, porém não o único[65]. "À medida que a ciência ganhava prestígio ao longo do século XIX, aqueles que não podiam basear seus argumentos em evidências científicas foram colocados em severa desvantagem no debate social" (SCHIEBINGER, 2000, p.27, tradução livre[66]).

2.2 **Notas sobre a ciência e seus paradigmas**

Para Kuhn (1998), as ciências, especialmente as Ciências Naturais, seguem uma estrutura cíclica: a consolidação de um paradigma inicia um longo período de "ciência normal", seguido por um breve momento de "ciência revolucionária" quando surge um novo paradigma, até que esse novamente se estabeleça, retornando a uma "ciência normal". Vale ressaltar que um paradigma se organiza através de uma gramática específica de esquadrinhamento da natureza (ou mesmo da própria definição do que seria "a natureza"); certas explicações ganham relevância frente a outras e se tornam aceitas por um conjunto restrito de especialistas que se dedicam a um tema específico. Uma vez estabelecida a diferença sexual binária, por exemplo, alguns cientistas específicos – biólogos, anatomistas e ginecologistas – passaram a ocupar um lugar privilegiado para desenvolver os pressupostos do novo paradigma. A esse conjunto de especialistas, Ludwik Fleck (2010), numa das muitas similaridades entre sua obra e a de Kuhn, chama o "coletivo de pensamento".

> Se definirmos o "coletivo de pensamento" como a *comunidade das pessoas que trocam pensamentos ou se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos, temos, em cada uma dessas pessoas, um portador do desenvolvimento histórico de uma área de pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura, ou seja, de um estilo específico de pensamento*. (FLECK, 2010, p. 82, grifos no original).

Ao longo desse processo, não apenas certos fenômenos irão se destacar como objetos primordiais do coletivo de pensamento, mas a própria forma como os mesmos serão abordados passará por alguns constrangimentos, privilegiando uma dentre incontáveis outras

[65] Não apenas as mulheres, mas outras raças/etnias eram também consideradas inferiores ao homem branco do Norte europeu, e eram justamente os ossos (especialmente o crânio) que definiam os lugares numa escala evolutiva (construída a partir de uma leitura muito específica do pensamento darwinista) que se tornou hegemônica na ciência evolutiva do período, representada pela "teoria da recapitulação" do zoólogo alemão Ernst Hackel. Ver Stephen Jay Gould (1981) e Cynthia Russet (1987).

[66] No original: "As science gained social prestige in the course of the nineteenth century, those who could not base their arguments on scientific evidence were put at a severe disadvantage in social debate".

abordagens possíveis. É a esses limites epistemológicos que Fleck se refere quando fala num "estilo de pensamento" característico do coletivo de pensamento.

> O estilo de pensamento não é apenas esse ou aquele matiz dos conceitos e essa ou aquela maneira de combiná-los. Ele é uma coerção definida de pensamento e mais: a totalidade das disposições mentais, a disposição para uma e não para outra maneira de perceber e agir. (FLECK, 2010, p. 110).

Entretanto, com o passar do tempo, inevitavelmente surgirão enunciados que contradizem os pressupostos iniciais do paradigma. Essas "anomalias", como as chama Kuhn, têm o potencial de reestruturar a ciência como um todo, mas a um alto custo. Mais frequentemente, as contradições são gradualmente assimiladas (ou simplesmente descartadas) à matriz explicativa do próprio paradigma, e consequentemente desaparecem. Nessa perspectiva, a anomalia é comum e esperada, uma vez que nenhum paradigma irá responder perfeitamente a todas as possíveis questões que surjam no raciocínio científico sobre um tema. Todavia, em determinado momento, irá surgir alguma anomalia (ou um conjunto delas) inassimilável, que desestabilizará definitivamente o paradigma, e culminará em sua substituição.

Pierre Bourdieu (1983) chamou de "campo científico" o que percebe como "um sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial" (BOURDIEU, 1983, p.122). Por essa definição, já fica clara a importância que o francês dá à disputa interna da comunidade científica, rompendo com uma ideia disseminada de que esse seria um espaço apolítico, onde importam apenas os resultados e os métodos, impermeáveis a hierarquias e nunca tendenciosos. Ao contrário, o campo científico é direcionado por uma profunda, ainda que às vezes sutil, hierarquia interna, que define quem pode ou não afirmar o quê; quais afirmações serão legitimadas e quais serão descartadas, sempre em função da posição dos cientistas nessa luta concorrencial.

> O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da *autoridade científica* definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da *competência científica*, compreendida enquanto capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado (BOURDIEU, 1983, p.122-3, grifos no original).

Sendo assim, nem todos os cientistas detêm o mesmo "capital científico", e as novas teorias e inovações serão recebidas com atenção ou desdém pela comunidade científica como um todo dependendo da legitimidade relativa da obra de quem apresenta a novidade; da instituição (e do país) que produz tais dados; ou mesmo de quem foi orientado por quem. Indo

além, será essa posição na disputa interna do campo que define quais enunciados científicos se tornam pilares de sustentação do paradigma que orienta aquela ciência específica.

Seguindo o raciocínio desses autores, portanto, a ciência não segue por caminhos necessariamente lógicos, mas é atravessada por várias disputas internas. Os pesquisadores estão envolvidos numa rede de influência mútua na qual o caminho em direção a uma "descoberta" científica tem muito mais de aleatório, de tentativa e erro, do que de raciocínio lógico. Esse caminho inclusive só é possível numa reconstrução posterior da cadeia de eventos que levou ao estabelecimento de uma hipótese num fato. Várias outras possibilidades existiam, mas foram sendo paulatinamente desacreditadas e abandonadas. Também para Bruno Latour e Steve Woolgar (1997), o que permitirá a escolha de um "caminho" como preferencial está associado a questões sociais, à posição de determinados pesquisadores numa rede de legitimidade e credibilidade frente à comunidade científica. Ou seja, é função de sua autoridade científica dentro do campo, e tem o potencial de definir a própria ciência e quais são seus objetos válidos de pesquisa.

> A definição [de ciência] mais apropriada será a que lhe permita ocupar legitimamente a posição dominante e a que assegure, aos talentos científicos de que ele é detentor a título pessoal ou institucional, a mais alta posição na hierarquia dos valores científicos [...] Existe assim, a cada momento, uma hierarquia social dos campos científicos – as disciplinas – que orienta fortemente as práticas e, particularmente, as "escolhas" de "vocação". No interior de cada um deles há uma hierarquia social dos objetos e dos métodos de treinamento (BOURDIEU, 1983, p.128).

Pensar o fato científico como um produto político do campo científico é uma forma de aproximar a ciência do mundo social dos cientistas nos termos da coprodução defendidos por Jasanoff (2006). É preciso reconhecer que a neutralidade científica "é uma ficção, e uma ficção interessada, que permite fazer passar por científico uma forma neutralizada e eufêmica, particularmente eficaz simbolicamente porque particularmente *irreconhecível*, da representação dominante do mundo social" (BOURDIEU, 1983, p.148, grifo no original), que nada tem de neutra pois é atravessada por diversos interesses, indo desde um maior reconhecimento (explícito por um maior número de citações) à capacidade de atrair financiamento de pesquisa[67].

> As dinâmicas da política e do poder, assim como aquelas da cultura, parecem impossíveis de separar das amplas correntes de mudança científica e tecnológica. [...] ciência e tecnologia são indispensáveis para a expressão e exercício do poder.

[67] Em outro momento da tese, retornarei a essas considerações para pensar a noção de conflito de interesses e a confusa relação entre a Academia e a indústria farmacêutica no século XX.

> Ciência e tecnologia operam, resumidamente, como agentes *políticos*." (JASANOFF, 2006, p.14, tradução livre[68], grifos no original).

Portanto, para que haja uma substituição do paradigma, não basta que qualquer cientista demonstre uma anomalia inassimilável, mas é preciso que essa pessoa tenha uma posição de destaque no campo científico. Caso contrário, a comunidade científica irá apresentar toda sorte de problemas àquela formulação, numa tentativa de manter o paradigma, não por uma fidelidade desinteressada, mas para conservar seu próprio capital científico e seu lugar na hierarquia. "Os dominantes consagram-se às *estratégias de conservação*, visando assegurar a perpetuação da ordem científica estabelecida com o qual compactuam" (BOURDIEU, 1983, p.137, grifos no original).

O que fica claro até aqui é que uma mudança de paradigma é dependente de fatores externos aos resultados empíricos; que o capital científico determina quem poderá propor uma inovação; e que, uma vez estabelecida a mudança, ocorre "um deslocamento da rede conceitual através da qual os cientistas veem o mundo" (KUHN, 1998, p.137). Entretanto, um paradigma não é substituído de uma única vez, como se uma chave fosse girada e agora toda a comunidade científica estaria convencida do novo paradigma. Laqueur (2001) é muito preciso ao dizer que o modelo de dois sexos não substitui completamente o modelo de sexo único, cujos ecos se fizeram ouvir (e talvez ainda façam) muito tempo depois do novo paradigma ter sido aceito de forma mais consensual. Paga-se um preço (simbólico, político, mas também financeiro) tanto por ser aquele que migra rapidamente para a nova percepção do objeto quanto por ser aquele que insiste na abordagem que será superada. Tendo essas reflexões em mente, passo afinal ao caso de uma polêmica personalidade científica, Charles-Edouard Brown-Séquard, que ocupou um valioso e paradoxal lugar na estabilização do modelo de dois sexos.

2.3 **A potência paradoxal da anomalia**

Enquanto teorias evolutivas hierarquizavam humanos e o binarismo sexual transformava a mulher num "objeto médico por excelência", como Fabíola Rohden (2009) acertadamente resume, outras revoluções mais circunscritas pipocavam na Academia

[68] No original: "The dynamics of politics and power, like those of culture, seem impossible to tease apart from the broad currents of scientific and technological change. [...] Science and technology are indispensable to the expression and exercise of power. Science and technology operate, in short, as *political* agents".

europeia. Segundo Michel Foucault (2006), nos séculos XVIII e XIX, a medicina passou por uma revolução específica, que instaura a clínica (e o olhar clínico) como conhecemos hoje, a partir de mudanças na própria concepção de doença. Até o século XVIII, a doença era pensada numa perspectiva "botânica" e "enciclopédica"; era uma "medicina das espécies", com forte caráter classificatório. A doença teria um "curso natural", e a intervenção do médico deveria ser mínima, apenas num momento de crise, quando a doença teria chegado em seu auge. Nessa perspectiva, ainda fortemente influenciada pelos "humores", a saúde era um equilíbrio orgânico, que poderia ser momentaneamente alterado pela doença, mas que o corpo autonomamente resolveria. Um "excesso" de intervenção poderia ser muito danoso.

Contudo, no final desse século, surgiria aos poucos uma outra noção de clínica, característica de uma nova medicina: uma medicina da epidemia; do hospital como local de cura e não como "morredouro"; do ambiente (topografia, meteorologia, comportamentos); da polícia médica; da estatística. Uma medicina que ganha um caráter coletivo e estatal, "não é mais o jardim patológico em que Deus distribui as espécies; é uma consciência médica generalizada, difusa no espaço e no tempo, aberta e móvel, liga a cada existência individual, mas também à vida coletiva da nação" (FOUCAULT, 2006, p.34).

Uma nova concepção de saúde-doença dependia de uma percepção correspondente do corpo. Sendo assim, nesse período, "o corpo humano constitui, por direito de natureza, o espaço de origem e repartição da doença: espaço cujas linhas, volumes, superfícies e caminhos são fixados, segundo uma geografia agora familiar, pelo atlas anatômico." (FOUCAULT, 2006, p.1). Como apresentado mais acima, um corpo repartido, observável e manipulável, possibilita a padronização e o surgimento de uma ideia de normalidade corporal, não apenas anatômica (com todas as consequências sociais já vistas), mas também patológica.

Se, até o século XVIII, a doença era resultado de um desequilíbrio generalizado do organismo, agora ela possuía um estatuto próprio, e uma clara independência do doente, que passou a ser apenas um intermédio, "o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou" (FOUCAULT, 2006, p.64), servindo como uma plataforma que deve ser minuciosamente esquadrinhada pelo médico na busca de uma doença essencializada e autônoma. Em outras palavras, "[d]ava ao campo clínico uma nova estrutura, em que o indivíduo posto em questão é menos a pessoa doente do que o fato patológico indefinidamente reprodutível em todos os doentes igualmente afetados" (FOUCAULT, 2006, p.106). Uma doença na ausência de um doente, cuja existência é prévia ao doente, e se mantém intacta mesmo posterior à morte ou cura do doente, reformulou drasticamente a ciência médica, suas teorizações, seu ensino, e principalmente sua atividade prática, a clínica.

E tamanha autonomia da doença só se tornou possível com a formulação do enunciado que afirma a especificidade da doença (e, consequentemente, de seu tratamento), efeito do corpo anatomo-fisiológico iluminista.

Certamente, uma alteração dessa importância não se deu por um único motivo. Um dos muitos afluentes que irão desembocar nessa novidade científica é a afirmação de Claude Bernard, conhecido médico francês, de que o corpo era regulado por determinadas "secreções internas", contrastando com a noção de regulação nervosa que era hegemônica até então.

> Depois da descoberta da função produtora de glicose do fígado, o fisiologista francês Claude Bernard, em 1855, apresentou a radical ideia de que o corpo produz substâncias químicas que são necessárias para sua própria sobrevivência, sendo, portanto, até certo ponto independente do meio externo [...] Ele nomeou essas substâncias como "secreções internas". Bernard argumentou que o corpo era um organismo feito de diferentes partes, que funcionavam para manter o seu ambiente interno num estado consistente, "compensando desvios e perturbações" para se manter em homeostase. (ROBERTS, 1997, p.32, tradução livre[69]).

Chamo à atenção o fato de que a ideia de homeostase não é exatamente inovadora, uma vez que um equilíbrio interno (de humores) é necessário para a manutenção da saúde na medicina galênica. O que abala o paradigma nessa proposição de Bernard é que, pela primeira vez, esse equilíbrio é postulado como sendo possivelmente químico e totalmente independente de fatores externos e/ou ambientais.

Healy (1997) complementa essa história argumentando como a noção de uma regulação química está diretamente associada a dois críticos eventos científicos do século XIX: (1) a ideia de uma especificidade da doença e de seu tratamento, e (2) o surgimento da Química Orgânica.

> Até as últimas décadas do século XIX, a ideia de que poderia existir um remédio específico para uma doença específica equivalia a um charlatanismo. No fim do século, contudo, a medicina enfrentava uma crise. Parecia que seria preciso fazer uma escolha entre visões terapêuticas – uma escolha entre o tratamento da pessoa como um todo ou a retificação de defeitos semi-mecânicos específicos. Vários fatores contribuíram para a crise. Uma era a ideia de especificidade da doença. Outra foi a emergência de ideias de especificidade terapêutica [...] (HEALY, 1997, p.10, tradução livre[70]).

---

[69] No original: "After discovering the glucose-producing function of the liver, French physiologist Claude Bernard in 1855 put forward the radical idea that the body produces chemicals that are needed for its own survival, and so is somewhat independent of its external environment […] He named these chemicals 'internal secretions'. Bernard argued that the body was an organism made up of disparate parts that functioned to keep its internal environment in a consistent state, 'compensating for deviations and perturbations' in order to remain in homeostasis".

[70] No original: "Until the last decades of the nineteenth century, the idea that there might be a specific remedy for a specific ill was tantamount to quackery. By the end of the century, however, medicine was facing a crisis. It seemed as though a choice would have to be made between therapeutic visions – a choice between the treatment of the whole person or the rectification of specific semi mechanical defects. A number of factors contributed to the crisis. One was the idea of disease specificity. Another was the emergence of ideas of therapeutic specificity".

O estabelecimento, de outra especialidade científica, a bacteriologia, em 1800, fornece uma explicação para a nova concepção de doença específica de um órgão, ou até de apenas um tecido de um órgão, e não do corpo como um todo. Esse modelo de doença marca ainda um outro ponto de superação da medicina galênica dos humores.

> Onde anteriormente as febres tinham sido manifestações de um desequilíbrio humoral ou debilidade nervosa, todas a serem tratadas de forma semelhante com purgantes e sangramentos ou tônicos, agora parecia que cada uma das dezoito bactérias identificadas em 1887 poderia estar associada à sua própria doença, e que cada uma poderia precisar de uma gestão específica. (HEALY, 1997, p.12, tradução livre[71]).

Vale ressaltar que a especificidade da doença e do tratamento mantém a coerência epistemológica com a noção de secreções internas de Bernard; se é possível que um tecido isoladamente se torne foco de doença, e também que uma substância combata especificamente aquela doença, imaginar que órgãos produzam uma substância específica parece razoável. Mas essa premissa permanece num campo teórico, algo que não soa preocupante em ciências como a física ou a matemática, mas era (e ainda é) incômodo numa medicina orientada pela clínica. Era preciso, portanto, descobrir o que havia nessas secreções, e se elas de fato existiam. Isso só se torna possível com o desenvolvimento da química orgânica, que, "pela primeira vez, possibilitou que compostos completamente novos – não encontrados na natureza de outra forma – fossem sintetizados" (HEALY, 1997, p.18, tradução livre[72]).

Assim, foi em 1856 que Williams Perkins isolou a anilina púrpura (mauveína), o primeiro corante sintético que se tem notícia, por acidente, como tantas outras descobertas revolucionárias do período. A partir dessa síntese, inaugura-se a então "química do coaltar" (*coal tar chemistry*), que se dedica a sintetizar novos corantes, atividade muito lucrativa naquele período. Associando essas descobertas ao estabelecimento de princípios básicos da estrutura de compostos orgânicos, como a isomeria e a valência (por August Kékulé, Archibald Scott Couper e outros), Marcellin Berthelot publicou, em 1860, *Chimie Organique*, fundando oficialmente a química orgânica como campo científico autônomo.

> Agora era possível oferecer modelos de como as moléculas orgânicas (moléculas baseadas em carbono) ficavam juntas. A disponibilidade destes modelos permitiu a manipulação sistemática de estruturas para produzir uma gama de novos compostos

[71] No original: "Where previously fevers had been manifestations of a humoral imbalance or nervous debility, all to be treated similarly with purgings and bleedings or tonics, it now seemed that each of the eighteen bacteria that had been identified by 1887 might be associated with its own disease and that each might need specific management".

[72] No original: "for the first time enabled entirely new compounds – not otherwise found in nature – to be synthesized".

> – sabões, detergentes, plásticos, resinas, adesivos, conservantes, pesticidas, cosméticos e têxteis. (HEALY, 1997, p.18, tradução livre[73]).

Dessa forma, estavam disponíveis as ferramentas necessárias para pôr em prática a inovação teórica. Entretanto, essas não foram mudanças fáceis, especialmente quando aplicadas às "questões sexuais". Conforme descrito por Celia Roberts (2007), somente em 1895 o fisiologista inglês Edward Schaefer faria um discurso na *British Medical Association* apresentando o fígado, os rins e o pâncreas como órgãos produtores das tais secreções internas "descobertas" por Claude Bernard, mas explicitamente excluindo as gônadas – a diferença sexual mantinha-se sob regulação nervosa. Mesmo nos órgãos citados por Schaefer, já não era tão consensual a hipótese da regulação química; foi apenas em 1902 que William Bayliss e Ernest Starling, colegas de Schaefer estudando o pâncreas, comprovaram que substâncias químicas influenciam certos eventos fisiológicos. Mas por que a exclusão das gônadas como um desses órgãos secretores se a ideia parece fazer tanto sentido nos dois novos paradigmas, o do binarismo sexual e o da regulação química? Certamente, há mais de uma resposta para essa pergunta, mas faço minhas as palavras de Roberts (2007) e Oudshoorn (1994), e afirmo que esse atraso decorre da exagerada reação da comunidade científica aos experimentos de Brown-Séquard, contemporâneos a essa discussão toda.

Um dos principais problemas envolvia o método aplicado pelo médico francês, a organoterapia. Tal prática, comum na medicina pelo menos desde o final da Idade Média, envolvia "colocar extratos dos órgãos de um animal num ser humano, [e] destinava-se a remediar uma suposta deficiência da secreção interna produzida por esse órgão" (ROBERTS, 2007, p.33, tradução livre[74]). Retomando o que vimos no final do capítulo anterior, Paracelso, médico suíço-alemão considerado responsável pela reformulação moderna da noção de medicamento e um dos fundadores da bioquímica, já utilizava extratos de testículos (para focarmos no exemplo central desse trabalho) como forma de tratar o que chamava de uma "imbecilidade dos instrumentos de geração" (OUDSHOORN, 1994, p.18). Técnicas de extração de testículos animais figuravam nas páginas de famosas farmacopeias europeias, como a do *London College of Physicians*, ainda no ano de 1676, e sua indicação terapêutica já

[73] No original: "It was now possible to offer models of how organic molecules (carbon-based molecules) hung together. The availability of these models made it possible to manipulate structures systematically to yield a range of new compounds – soaps, detergents, plastics, resins, adhesives, preservatives, pesticides, cosmetics, and textiles".

[74] No original: "putting extracts from the organs of an animal into a human, was intended to remedy a supposed deficiency of the internal secretion produced by that organ".

articulava o que viriam a ser os principais efeitos da testosterona: rejuvenescimento e estimulação sexual.

Contudo, a partir do século XVII, o uso de extratos animais foi sendo aos poucos abandonado pela medicina oficial, relegado (e mantendo-se bastante presente) à sabedoria popular e ao charlatanismo. Tanto que, em 1800, já não se encontravam referências à organoterapia em nenhuma farmacopeia oficial da Europa. Contudo, apesar da reprovação dos cientistas, ao longo do século XVIII, poções de extratos de testículos eram ainda bastante populares.

A volta de um uso considerado plenamente científico dos extratos de testículo se deu em 1889, com o fisiologista francês Charles-Edouard Brown-Séquard, que, aos 72 anos, se auto administrou extratos injetáveis de testículos de porquinhos-da-índia e cachorros, relatando uma "renovação acentuada do vigor e da clareza mental" (OUDSHOORN, 1994, p.18). Ele sugeriu, seguindo a proposição de Claude Bernard, que os testículos produzem uma secreção que seria responsável pelo controle do desenvolvimento do organismo masculino, em certa medida, profetizando o conceito de hormônio sexual descrito anos depois, e finalmente dando um ar científico moderno à protoideia que associa gônadas e gênero. Como destaca Rohden (2008, p. 139), o médico francês "foi o primeiro a considerar os testículos e os ovários como glândulas de secreção interna e a supor que essas secreções têm influência sobre o sistema nervoso". Nas palavras do próprio Brown-Séquard:

> "No último primeiro de junho", ele escreveu, "enviei à Sociedade de Biologia uma comunicação, que foi seguida por vários outras, mostrando os notáveis efeitos produzidos em mim por injeção subcutânea de um líquido obtido pela maceração num gral do testículo de um cão ou de um porquinho-da-índia a que se adicionou um pouco de água" (Medvei 1982: 289). Os efeitos produzidos foram melhorias na força, vigor e atividade mental e aumento da contratilidade da bexiga e intestino. (ROBERTS, 2007, p.33, tradução livre[75]).

Assim, a organoterapia volta à prática médica ainda na última década do século XIX, apesar da resistência de grande parte da comunidade científica, que julgava se tratar de uma volta do charlatanismo na medicina, mesmo sendo Brown-Séquard um respeitado neurofisiologista, considerado o sucessor de Claude Bernard no *Collège de France* (OUDSHOORN, 1994, p.18-9). Porém, o próprio Bernard não defendia que a diferença sexual fosse decorrente de secreções internas, inviabilizando a possibilidade de legitimação dos experimentos de seu pupilo.

[75] No original: "'Last first of June', he wrote, 'I sent to the Society of Biology a communication, which was followed by several others, showing the remarkable effects produced on myself by subcutaneous injection of a liquid obtained by the maceration on a mortar of the testicle of a dog or of a guinea pig to which one has added a little water' (in Medvei 1982: 289). The effects produced were improvements in strength, vigour and mental activity and increased contractibility of the bladder and intestine".

Vale destacar ainda que as ideias de Brown-Séquard harmonizavam com a noção de masculinidade vitoriana: ao afirmar que as secreções dos testículos se juntavam ao líquido seminal, associava sua teoria à noção popular de que a perda de sêmen enfraquecia o homem. Assim, unia ideias sobre o poder mantenedor de masculinidade dos testículos a pressupostos sexuais do período, como a proibição da masturbação. Mas, por outro lado, o mesmo motivo gerava um incômodo entre a comunidade científica: desconfiava-se de algum tipo de masturbação animal no processo, pois era sabido que Brown-Séquard recomendava que seus pacientes se excitassem sexualmente sem ejacular (OUDSHOORN, 1994; HAMILTON, 1986; ROBERTS, 2007).

Ainda segundo Roberts (2007, p.34), outro fator que aumentava o caráter charlatão foram as afirmações do médico francês de que a organoterapia com testículos poderia melhorar desordens nervosas. Se a ideia de uma regulação química de fatores sexuais já era complicada, associar as gônadas a algum nível de atividade cerebral, que era vista como inquestionavelmente regulada pelos nervos (já se havia provado a atividade elétrica dos neurônios), era inaceitável, e foi considerado uma indução. Essa acusação foi fortemente influenciada por um certo sensacionalismo da imprensa leiga em relação aos achados de Brown-Séquard, descritos de forma quase miraculosa.

Seja um gênio ou um charlatão, o fato inegável é que Brown-Séquard foi essencial para a "descoberta" dos hormônios sexuais e suas possíveis aplicações clínicas. A polêmica envolvendo o médico irá marcar, tanto positiva quanto negativamente, os primeiros anos da história da testosterona, até pelo menos os anos 1930. O que gostaria de enfatizar nesse ponto é o quão paradoxais foram as reações da comunidade científica aos seus experimentos. A organoterapia – e, principalmente, os efeitos relatados por Brown-Séquard – poderia ter sido uma justificativa para a estabilização de novos paradigmas em pelo menos duas grandes mudanças na forma como se olha o corpo humano: o binarismo sexual e a regulação química do organismo.

Essa é a grande potência da proposta de Brown-Séquard. No primeiro caso, se é verdade que existem dois sexos opostos entre si, e que as gônadas têm alguma importância nessa diferenciação, injetar extratos de testículos e perceber efeitos considerados característicos da masculinidade deveria então servir como uma ótima confirmação da teoria. De forma análoga, no segundo caso, se, ao injetar algo externo ao corpo, é possível desenvolver os supracitados efeitos, há no mínimo um forte indicativo de que esses efeitos foram mediados por reações químicas, haja visto que seria de difícil sustentação que esses

extratos, sabidamente inertes eletricamente, de alguma maneira iriam se mesclar aos nervos, ou produzir descargas elétricas por si só.

O paradoxo reside no fato de que outras teorias na história da ciência foram justificadas com resultados muito mais duvidosos, inclusive teorias que contradiziam sólidos paradigmas. Por que então o experimento de Brown-Séquard, que estava de acordo com as mudanças paradigmáticas já em curso, e sendo ele um cientista dotado de um capital científico bastante favorável, foi tão rechaçado? Para além das questões morais já citadas, há um outro fator, plenamente científico, que merece destaque. Uma mudança de paradigma não exige apenas uma teoria inovadora e convincente; a demonstração de uma falha irrecuperável do paradigma a ser substituído; e um lugar de destaque no campo científico. Também não depende apenas de um pano de fundo sociocultural que sustente (e seja sustentado) pelo novo enunciado científico. Na verdade, "os paradigmas não diferem somente por sua substância, pois visam não apenas à natureza, mas também à ciência que os produziu. Eles são fontes de métodos, áreas problemáticas e padrões de solução" (KUHN, 1998, p.137). Um novo paradigma depende, portanto, do surgimento de novas "aplicações e métodos", de novos procedimentos e instrumentos desenvolvidos especificamente para medi-lo e prová-lo.

Sendo assim, argumento que o "erro" de Brown-Séquard é menos teórico do que técnico-metodológico. Num momento em que a medicina lutava para superar os tônicos e elixires milagrosos e multivalentes dos charlatães, contrapostos a um criterioso método científico e remédios cada vez mais específicos, Brown-Séquard apresenta uma proposição teórica inovadora, à qual a comunidade científica ainda resistia, mas a comprova através de uma técnica característica do paradigma que ela própria renega. E, ainda por cima, muito parecida com os remédios comercializados pelo charlatanismo. Mesmo quando houver total concordância da comunidade científica acerca da regulação química da diferença sexual binária, cerca de 30 anos mais tarde, a ideia de reposição de testosterona será apresentada com parcimônia, e o motivo assumido será a inevitável comparação com a organoterapia de Brown-Séquard. Mas essa história fica para o próximo capítulo.

Para encerrar essa reflexão, gostaria de recapitular três grandes alterações nas ciências biológicas que acompanhamos nas páginas acima: o corpo moderno, a regulação desse corpo e a intervenção nesse corpo. Com o surgimento de uma nova anatomia e fisiologia, atravessadas pelas teorias evolutivas, são fixados dois corpos opostos, um masculino e um feminino. A química orgânica e uma nascente endocrinologia irão definir uma regulação química, não mais nervosa, desses corpos binários, resultantes de diferentes secreções internas. E será na patologia clínica, que agora intervém diretamente no corpo, e por dentro do

mesmo, que uma solução específica para um problema específico se torna possível. São essas três mudanças de paradigma que irão produzir um corpo capaz de gerar a testosterona.

3 OS MÉTODOS E SUAS VERDADES

Alguns fatores ainda precisavam entrar na equação para que alguém pudesse afinal definir o que de fato havia naquelas secreções internas. Especialmente acerca da diferenciação sexual, questões morais inevitavelmente atravessavam, e mesmo constituíam, os avanços científicos. Não menos importante, uma enorme preocupação com o envelhecimento, ou melhor, com a possibilidade de um rejuvenescimento, ganhou destaque nas primeiras décadas do século XX.

Por outro lado, ambos os temas – sexualidade e rejuvenescimento – além de aparecerem constantemente associados, têm um forte apelo popular. A influência da imprensa sobre a opinião pública desempenhou um papel que não pode ser ignorado. Um tratamento bem-sucedido para esses casos teria ganhos financeiros bastante vultosos para seus propositores, como realmente aconteceu. Porém, o limite entre uma tecnologia de intervenção médica que funciona e o charlatanismo torna-se muito tênue em questões que envolvem tamanho investimento da sociedade. E, se é um desejo recorrente da humanidade prolongar a vida e a atividade sexual, ao mesmo tempo, ambos os temas podem facilmente ser percebidos como uma heresia, um absurdo ético, ou meramente uma futilidade.

A pesquisa que irá produzir os "hormônios sexuais" foi marcada ainda por uma outra inovação do período, que é a confusa relação entre a Academia e uma ainda frágil indústria, notadamente a farmacêutica, mas também indústrias de insumos médico-hospitalares e veterinários, têxtil e agrícola. Uma tensão envolvia o papel da Universidade no desenvolvimento científico, girando em torno da defesa do financiamento exclusivamente público para a pesquisa ou da possibilidade de recurso à iniciativa privada que marcou os primeiros anos da nova ciência endócrina, e da medicina do período como um todo. Se essa é uma polêmica bem viva até hoje, já nas primeiras décadas do século XX, era um assunto que animava calorosos debates em congressos científicos (e por vezes em tribunais).

Ao passo que a teoria hormonal se consolidava, o mundo passava por duas guerras mundiais, revoluções comunistas e um crescente incômodo com a forma como determinados grupos socialmente desfavorecidos eram tratados mundialmente. Raça, gênero, sexualidade, geração e classe social eram pensados e repensados por diferentes escolas teóricas, visando tanto emancipação como controle. A ideia de "nação" ganhou uma forte ancoragem no corpo, aprofundando uma associação entre biologia/genética e moral que já começamos a ver no século XIX. Saneamento, higiene social, controle da natalidade, esterilidade compulsória e

leis matrimoniais estiveram na ordem do dia da ciência europeia, e pareciam estar de alguma forma marcadas no corpo.

Assim, nesse capítulo, pretendo mostrar o nascimento da molécula de testosterona e o contexto social e científico subjacente à sua "descoberta", por vezes revelado de forma mais explícita, por vezes escamoteado como dificuldades meramente técnicas ou práticas. A partir dessas conexões, a testosterona emerge como um construto da medicina, cristalizado no paradigma da teoria hormonal do binarismo sexual. Por fim, apresento também a história de outra controversa personalidade científica, e seu inadvertido papel na limpeza de certos ruídos que ainda envolviam os hormônios até pelo menos o início da 2ª Guerra Mundial.

3.1 **"Eu excito, desperto"**

Em 1905, Ernest Starling definiu "hormônio" como "mensageiros químicos carreados pela corrente sanguínea do órgão onde foram produzidos para o órgão onde terão seus efeitos. Hormônios, ele afirmou, são produzidos e circulados pelo corpo visando satisfazer necessidades fisiológicas recorrentes" (ROBERTS, 2007, p.35, tradução livre[76]). O termo hormônio vem da palavra grega *hormao*, que significa "eu excito, desperto" ou "colocar em ação rápida". Contudo, ainda levou dois anos até que Starling e os cientistas admitissem a diferença sexual como função de hormônios produzidos pelos testículos e ovários, encerrando de vez a ideia de uma regulação nervosa da diferença sexual. Aplicando essa definição de hormônio à questão sexual,

> a implicação comum desta frase é que os hormônios carregam uma mensagem de sexo de uma parte do corpo para outra, excitando ou despertando uma expressão física do sexo (genético) inerente. Os hormônios sexuais, em outras palavras, operam dentro de sistemas biológicos ou corporais (relativamente) fechados, levando mensagens que estimulam as células a produzir proteínas que agem para criar cérebros, órgãos, corpos e comportamentos sexuados. Nesse sentido técnico-científico convencional, os hormônios são mensageiros *do* sexo, no sentido de que eles derivam *do* sexo (inerente) e que *levam à* criação de, ou produzem (materialmente) o sexo. (ROBERTS, 2007, p.21-2, grifos no original, tradução livre[77]).

[76] No original: "chemical messengers carried in the bloodstream from the organ where they are produced to the organ where they have their effect. Hormones, he claimed, are produced and circulated by the body in order to satisfy recurring physiological needs".

[77] No original: "the common implication of this phrase is that hormones carry a message of sex from one part of the body to another, exciting or arousing a physical expression of inherent (genetic) sex. Sex hormones, in other words, operate within (relatively) closed biological or bodily systems, carrying messages that stimulate cells to produce proteins that act to create sexed brains, organs, bodies and behaviours. In this conventional

No que pese a importância de Starling no campo científico, a passagem das genéricas secreções internas para uma aceitação do termo hormônio se dá de forma relativamente rápido, e, ao final da primeira década do século XX, a comunidade científica estava largamente convencida da nova terminologia, e seus esforços se voltaram para a identificação de cada uma dessas substâncias, como as mesmas eram produzidas e quais eram seus efeitos. As divergências envolviam quais as melhores técnicas e métodos disponíveis para descoberta em cada caso.

No mesmo ano em que Starling postula a definição de hormônio, surge outra inovação científica que seria essencial para a construção da teoria hormonal. O fisiologista britânico John Langley, também trabalhando com extratos de glândulas (no caso, da adrenal), postula um mecanismo para o funcionamento de "ao menos alguns" nervos.

> Ele sugeriu que [os nervos] liberavam simpatina[78] ou outras substâncias, e que a resposta a isso dependia se a célula estimulada possuía substâncias receptoras efetoras ou inibitórias. Este foi um primeiro esboço da teoria dos receptores, que sustentou crucialmente a ideia de especificidade terapêutica na psiquiatria e em grande parte do resto da medicina, com suas conotações de que os fármacos podem ser tão específicos para certos receptores quanto as chaves de uma fechadura (HEALY, 1997, p.146, tradução livre[79]).

Nelly Oudshoorn (1994) destaca que é ainda nessa primeira década que um campo de pesquisa difuso até então se torna mais circunscrito, recebendo o nome de "endocrinologia sexual", para o qual "o conceito de hormônios sexuais como agentes de masculinidade e feminilidade funcionaram como um paradigma" (OUDSHOORN, 1994, p.20, tradução livre[80]). A autora chama atenção ainda para o fato de que o incômodo causado por Brown-Séquard acaba atrasando a adesão dos fisiologistas ao novo paradigma, enquanto o mesmo se dissemina rapidamente entre ginecologistas. De uma maneira geral, a pesquisa avança com mais facilidade numa investigação sobre os ovários do que sobre os testículos, e essa predominância da pesquisa sobre o corpo da mulher em detrimento do masculino

---

technocientific sense, hormones are messengers *of* sex in the sense both that they derive *from* (inherent) sex and that they *lead to* the creation of, or produce (material) sex".

[78] "Simpatina" (*sympathin*) foi um dos primeiros nomes dados à molécula que hoje conhecemos como adrenalina (ou epinefrina, como preferem os estadunidenses). Segundo David Healy (1997, p.145), "The year 1905 was a watershed in a number of other ways as well. T.R. Elliott, working with Langley, discovered that sympathetic nerves released a substance, which he termed sympathin. This had properties, it seemed, in terms of its effects on the heart, that resembled the effects of injecting extracts of the adrenal gland – which has led to the modern names for the substance, adrenaline in Europe and epinephrine in the United States".

[79] No original: "He suggested that they liberated sympathin or other substances and that the response to this depended on whether the stimulated cell had effector or inhibitory receptive substances. This was a first outline of receptor theory, which has crucially underpinned the idea of therapeutic specificity in psychiatry and much of the rest of medicine, with its connotations that drugs might be as specific for certain receptors as keys to a lock".

[80] No original: "The concept of sex hormones as agents of masculinity and femininity functioned as a paradigm".

acompanhou toda a pesquisa inicial acerca dos hormônios sexuais. Voltarei mais à frente a esse ponto, mas uma comprovação desse foco nos ovários pode ser percebida quando o laboratório de Schaefer se volta para o estudo da gônada feminina.

Se a ginecologia estudava os ovários a partir da clínica, os fisiologistas o faziam dentro de seus laboratórios, e os experimentos focavam castrações cirúrgicas de diferentes cobaias para descrever os efeitos dos hormônios sexuais (sejam femininos ou masculinos). A escolha por esse método era relativamente instintiva, uma vez que a ginecologia já observava os efeitos da ooforectomia (ou ovariectomia), prática comum no final do século XIX para tratar "doenças da mulher"[81]. Além disso, havia um interesse mais ou menos sistemático da comunidade científica em eunucos, e a busca por compreender o que acontece no corpo com a retirada das gônadas não era assim tão inovadora. Assim, parecia lógico que retirar ou enxertar gônadas em cobaias traria as respostas desejadas.

Como vimos, a organoterapia ocupava um lugar controverso nesse período da medicina, mas a ideia de enxertos e transplantes de órgãos de um animal para outro, ou de animais para humanos, ou entre humanos, era bastante disseminada. A pesquisa dos hormônios sexuais, portanto, seguiu por esses caminhos. Essas técnicas de transplante, uma vez que dissecavam o tecido nervoso das glândulas, serviram de prova definitiva de que a regulação nesse caso não poderia ser nervosa, logo, só poderia ser química. Vale lembrar que esse raciocínio já poderia ter ficado claro com os experimentos de Brown-Séquard, mas apenas nesse momento foram assim percebidos.

Além dos fisiologistas e ginecologistas, outros cientistas foram importantes na aceitação da teoria hormonal, os geneticistas e os embriologistas.

> Nos anos 1910, o tópico do desenvolvimento sexual era muito controverso, particularmente entre fisiologistas e geneticistas. Os fisiologistas da época sugeriam que a determinação das características sexuais é afetada por condições ambientais e fisiológicas durante o desenvolvimento do embrião. Entretanto, os geneticistas sugeriam que o sexo é irrevogavelmente fixado na concepção por elementos nucleares: os cromossomos sexuais. (OUDSHOORN, 1994, p.21, tradução livre[82]).

[81] Para não perder de vista o tema central dessa tese, não irei me debruçar sobre as pesquisas envolvendo exclusivamente o corpo feminino, a menos quando inevitável para compreendermos a testosterona. Contudo, a essa altura, a ginecologia já conduzia há algum tempo diversas intervenções sobre o aparelho reprodutivo de suas pacientes, e a retirada cirúrgica de útero, ovários e/ou clitóris foi o principal tratamento de um sem número de "doenças da mulher" (grande parte delas percebidas como nervosas), e uma verdadeira moda na Europa no século XIX, principalmente entre membros da elite. Para uma discussão mais profunda, ver, entre outras, Fabíola Rohden (2009); Carol Groneman (2001); Andrew Scull & Diane Favreau (1986).

[82] No original: "In the 1910s, the topic of sexual development was most controversial, particularly between physiologists and geneticists. Physiologists at that time suggested that the determination of sexual characteristics is affected by environmental and physiological conditions during the development of the embryo. Geneticists suggested however that sex is irrevocably fixed at conception by nuclear elements: the sex chromosomes".

Os cromossomos sexuais haviam sido propostos pela primeira vez alguns anos antes, em 1902, pelo zoólogo americano Clarence I. McClung, numa publicação no *Biological Bulletin*, inaugurando a divergência entre geneticistas e fisiologistas citada acima. Os hormônios sexuais viriam a apaziguar essa diferença, fazendo a ponte entre as duas concepções. Assim, o biólogo Frank Lillie, em 1916, sugeriu que existiriam "intenções" dos genes, postas em prática pelos hormônios produzidos nas gônadas. A partir dessa afirmação, foi possível separar claramente o que era de cada ciência: à fisiologia, deveria importar o processo de diferenciação sexual, que se referia ao desenvolvimento das características sexuais ao longo da vida do indivíduo; ao passo que cabia à genética a determinação sexual, relativa às condições internas que levariam ao desenvolvimento das características de um ou outro sexo. Assim, os geneticistas deveriam se restringir a um ambiente intracelular, cromossômico, e os fisiologistas, ao ambiente extracelular, hormonal (OUDSHOORN, 1994, p.156; ROBERTS, 2007, p.37).

Outra ciência será determinante na pesquisa sobre hormônios sexuais, a bioquímica, impulsionada pelos avanços da química orgânica que relatei no capítulo anterior. Contudo, sua entrada no campo se dará de fato apenas na década seguinte (1920), pois, nesse início de século, a bioquímica está voltada quase que exclusivamente para o estudo das proteínas. O estudo bioquímico dos hormônios sexuais dependia de um giro em direção à bioquímica dos lipídios, que aí poderia incluir os esteroides[83].

Completando os quatro campos que Oudshoorn (1994) apresenta como essenciais para a teoria hormonal, tivemos, ainda na virada do século, a entrada da indústria farmacêutica, através da venda em larga escala de preparações de ovários e testículos, bem aceitas entre o público leigo, e a produção de extratos de órgãos animais, frequentemente requeridos pelos cientistas. Na verdade, muitos dos cientistas envolvidos na pesquisa endocrinológica mantinham relações próximas com a nascente indústria, principalmente como forma de obtenção de matérias-primas e cobaias. Em vários desses casos, os próprios cientistas fundavam as empresas e transferiam suas atividades da universidade para a iniciativa privada.

[83] Os esteroides são um grupo de compostos lipídicos de cadeia complexa obtidos a partir do colesterol, que compartilham uma estrutura (o núcleo esteroide) formada por 17 átomos de carbono dispostos em quatro anéis, o ciclopentanoperidrofenantreno, ou seja, um núcleo cíclico semelhante ao núcleo do fenantreno (anéis A, B e C), ligados a um ciclopentano (anel D). As posições dos carbonos nos núcleos esteroides são sempre numeradas. Descreverei sua via biossintética e alguns dos principais esteroides e suas funções na Parte II dessa tese.

3.2 **Dois sexos, dois hormônios**

A associação entre virilidade e testículos permanece forte no imaginário popular, e mesmo no pensamento científico. Contudo, a partir de 1910, ao menos entre os campos destacados na seção anterior, a protoideia se torna molecular – as gônadas em si perderam importância, e a molécula contida em sua secreção ocupa seu lugar como responsável pela diferença sexual. Para a endocrinologia sexual, portanto,

> hormônios são entendidos como portadores de mensagens dentro de sistemas selados, homeostáticos: sistemas que mantêm uma saúde natural ou um "equilíbrio" no corpo. Trabalhando com modelos de mensagens da era do telegrama, a endocrinologia do início ao meio do século XX entendia o mensageiro como uma entidade não implicada que transportava uma mensagem estável de uma entidade preexistente e ativa para outra responsiva. Este modelo convencional descreve os hormônios sexuais (estrogênio, progesterona e testosterona) como levando a mensagem do "sexo" dos genes (que programam um sexo predeterminado) para o corpo (que muda de acordo com o conteúdo da mensagem, produzindo assim a diferença sexual corporal). (ROBERTS, 2007, p.*xiii*, tradução livre[84])

Essa descrição dos hormônios sexuais como mensageiros químicos do sexo vai perfeitamente ao encontro da definição original de hormônio de Starling, e se mantém inquestionada até os anos 1920. Seu desdobramento mais óbvio sugere que havia uma "especificidade de origem e função" para os hormônios sexuais, conforme defendido por Oudshoorn (1994, p.22). Ou seja, deveria haver um hormônio sexual produzido pelos homens para atuar no sentido de "virilizar" esses corpos; e, inversamente, um hormônio sexual produzido pelas mulheres para "feminilização" de seus corpos. Reparem como essa ideia sustenta e é sustentada pelo paradigma da diferença sexual binária, com seus corpos opostos e complementares.

Foi nessa rígida perspectiva binária que o fisiologista britânico Walter Heape publica, ainda em 1913, um estudo antropológico com um título bastante elucidativo, *Sex Antagonism*. Por mais que tenha recebido acusações de um exagerado determinismo biológico, Heape (diga-se de passagem, um pioneiro do estudo do ciclo menstrual feminino, a partir do cio de outras fêmeas) não inventou a ideia de um antagonismo sexual biologicamente determinado. O proeminente ginecologista vienense Eugen Steinach teria sido responsável por associar essa

[84] No original: "hormones are understood to carry messages within sealed, homeostatic systems: systems that maintain a natural health or 'balance' in the body. Working with telegram-era models of messaging, early to mid-twentieth-century endocrinology understood the messenger as a non-implicated entity that carries a stable message from one preexisting and active entity to a responsive other. This conventional model describes sex hormones (oestrogen, progesterone and testosterone) as taking the message of 'sex' from the genes (which programme a predetermined sex) to the body (which changes according to the content of the message, thus producing bodily sexual difference)."

noção antagônica aos hormônios sexuais. Heape, Steinach, o sexólogo holandês Van de Velde, o evolucionista J. Arthur Thomson, entre outros, defenderam, em maior ou menor grau, que o lugar social da mulher, diametralmente oposto ao do homem, era decorrente da biologia de seus (nossos) corpos.

Não podemos deixar de lado que a concordância dos cientistas (inclusive aqueles das Ciências Humanas) era uma clara e assumida resposta às reivindicações feministas por direitos iguais. Por mais que tenha se tornado histórica através da luta pelo sufrágio feminino, a nascente movimentação feminista incluía, ainda que de forma menos sistemática, diversas outras dimensões da vida social, política e acadêmica[85]. Em paralelo às feministas, reivindicações por condições mais igualitárias para raças não-brancas e homossexuais também seriam rechaçadas a partir de argumentos biologicistas.

Essas tensões ganhariam maior importância na nossa história um pouco mais tarde, e a especificidade binária dos hormônios sexuais chegou a ser tratada como uma reprodução química da noção popular de "guerra dos sexos". Antes disso, porém, vale lembrar que o "antagonismo sexual" era de fato uma novidade; Brown-Séquard, por exemplo,

> restringia a função dos hormônios sexuais à estimulação do desenvolvimento de características sexuais "homólogas", sugerindo que hormônios sexuais femininos controlavam características sexuais femininas e hormônios sexuais masculinos, características sexuais masculinas. Steinach, porém, atribuiu uma dupla potencialidade aos hormônios sexuais, sugerindo que "os hormônios sexuais simultaneamente estimularam características sexuais homólogas e deprimiram características sexuais heterólogas." (OUDSHOORN, 1994, p.23-4, tradução livre[86]).

Contudo, como enfatizei acima, essa abordagem mais molecular não era a única aplicada à diferenciação sexual. Se a endocrinologia sexual enveredava por caminhos cada vez mais bioquímicos, essa foi uma caminhada lenta, e outras ciências ainda recorriam comumente a práticas cirúrgicas. O próprio Steinach pôde afirmar essa dupla especificidade a partir de técnicas de transplante de gônadas entre cobaias. De fato, o ginecologista postula essa teoria partindo da observação de que transplantes de uma gônada para uma cobaia do

[85] Para uma discussão mais profunda sobre a entrada das mulheres na ciência e a reivindicação por uma ciência feminista, ver Londa Schiebinger (2001), Donna Haraway (1991) e Marina Nucci (2015).

[86] No original: "had restricted the function of sex hormones to stimulating the development of 'homologous' sexual characteristics, suggesting that female sex hormones controlled female characteristics and male sex hormones male sexual characteristics. Steinach, however, attributed a double potentiality to sex hormones by suggesting that 'sex hormones simultaneously stimulated homologous sexual characteristics and depressed heterologous sexual characteristics'."

sexo oposto só produziam resultados quando a gônada do animal receptor era removida antes do transplante[87].

O transplante de glândulas endócrinas, ou o enxerto de pequenas partes das mesmas, foi uma verdadeira febre na pesquisa e na clínica médicas nas décadas de 1910 e 1920, com resultados bem questionáveis, mesmo para a época. "Ao longo da década de 1920, muitos médicos e cientistas respeitáveis acreditavam (erradamente) que o tecido retirado de animais poderia sobreviver e funcionar depois de ser transplantado para seres humanos sem o uso de medicamentos para impedir a rejeição". (HAMILTON, 1986, p.xi, tradução livre[88]). Atualmente, sabemos que esses enxertos e transplantes são de impossível sucesso sem antibióticos (para combater infecções) e imunossupressores, pois o sistema imune do hospedeiro rapidamente destrói o material biológico estrangeiro (salvo em casos de gêmeos univitelinos ou de transplantes em regiões não vascularizadas, como córneas). Apesar disso, tais cirurgias eram feitas num ritmo acelerado, tanto intra quanto interespécies, com relatos frequentes de sucesso. Os transplantes e enxertos de glândulas como a tireoide ou a hipófise foram muito populares, mas, indubitavelmente, as maiores polêmicas envolveram as gônadas, em especial, os testículos.

3.3 "*You are only as old as your glands*": o caso da glândula de macaco

Segundo o médico britânico David Hamilton (1986), ele próprio um cirurgião especializado em transplantes, desde a virada do século XIX para o XX até próximo à 2ª Guerra Mundial, a ciência se dedicou à pesquisa sobre transplantes. O enorme interesse nessa prática unia os conhecimentos adquiridos com a organoterapia, em franco declínio, a diversos avanços na cirurgia decorrente da disseminação dos métodos antissépticos e assépticos. O período áureo dessa técnica foi a década de 1920, mas tentativas de transplantes de diferentes

[87] Os experimentos de Steinach não se resumiram a cobaias animais. Citando o sexólogo alemão Magnus Hirschfeld, o ginecologista afirma ter produzido animais hermafroditas ao transplantar gônadas de um sexo para o outro, "confirmando" a "teoria dos estágios intersexuais" do alemão Karl-Heinrich Ulrichs (nos anos 1860). No mesmo ano de 1916, Steinach faz enxertos de testículos de homens heterossexuais em homossexuais, e pelo menos 11 homossexuais foram tratados pela "operação de Steinach", como ficou conhecida a técnica, entre 1916 e 1921 (OUDSHOORN, 1994, p.57). O tratamento hormonal de homossexuais viria a ser um dos primeiros usos da testosterona algumas décadas depois, e voltarei a essa questão no capítulo 4.

[88] No original: "Throughout the 1920s, many respectable medical men and scientists believed (wrongly) that tissue taken from animals could survive and function after being transplanted into human beings without the use of drugs to prevent rejection".

órgãos já tinham sido relatadas na Índia Antiga e na Europa Medieval, sem muito sucesso. John Hunter, um grande experimentalista do século XVIII, tenta um transplante de testículo e enxertos ovarianos, afirmando ter sido bem-sucedido. No século XIX, descobre-se que fatias muito finas de órgãos podem ser aproveitadas, realizando os primeiros enxertos com algum mínimo grau de sucesso – mas os enxertos eram rapidamente rejeitados[89].

Um marco na história dos transplantes se dá com o Prêmio Nobel de 1912, concedido ao jovem cirurgião estadunidense Alexis Carrel, pelo desenvolvimento de uma nova técnica de transplantes, a partir da técnica de Mathieu Jaboulay. Entretanto, Carrel nunca realizou transplantes de glândulas, e, apesar do Nobel, pouco tempo depois, abandona os transplantes e volta sua pesquisa para a cultura laboratorial de tecidos. Inclusive, o cirurgião afirmava não ser possível o transplante entre espécies, o que foi largamente ignorado pela comunidade científica. De toda forma, o sucesso de Carrel chama atenção de um outro cirurgião, um russo radicado na França, chamado Serge-Samuel Voronoff. A princípio interessado em enxertos ovarianos, Voronoff entra em contato com Carrel para discutir técnicas de transplante, e os dois cirurgiões chegam a trabalhar juntos por um período curto.

Voronoff era conhecido pela comunidade francesa por ter realizado enxertos de tireoide de um macaco numa criança, supostamente bem-sucedido, e aproveitou o sucesso midiático de Carrel para alavancar uma mudança na carreira. Sempre muito carismático e bem articulado, Voronoff caiu rapidamente no gosto da imprensa, aumentando sua fama exponencialmente, principalmente na França e nos Estados Unidos. A partir disso, o médico russo consegue um posto no *Collège de France*, associando seu nome a conhecidos personagens de nossa história, como Claude Bernard e Brown-Séquard.

Os enxertos de ovário acabam não sendo feitos, mas Voronoff foca aquilo que o tornaria mundialmente famoso anos depois, o transplante de testículos. Como discuti no capítulo anterior, a comunidade científica rejeita os experimentos de Brown-Séquard. Contudo, a ideia de rejuvenescimento através dos testículos permanece no imaginário dos cientistas pelos próximos 30 anos, mantida viva por experiências bem-sucedidas com outras glândulas.

> Assim, os primeiros dias da nova ciência das secreções glandulares – endocrinologia – era uma curiosa mistura do respeitável e do controverso. O sucesso com extratos

[89] O australiano Edward Payr desenvolve um método de unir os vasos sanguíneos do órgão transplantado aos do receptor usando um anel, que possibilitou o primeiro transplante de rim da história, feito em 1902 pelo médico vienense Emerich Ullmann (o rim transplantado pararia de funcionar alguns dias depois). A técnica de Payr seria simplificada pelo francês Mathieu Jaboulay num método bastante similar ao utilizado atualmente. Ainda antes disso, em 1881, sabe-se que William Macewen e colegas conduzem um enxerto ósseo bem-sucedido em Glasgow. Em 1906, o próprio Jaboulay tenta transplantar rins animais para humanos, também sem sucesso.

> de tireoide era indubitável, mas as tentativas contínuas de obter extratos bem sucedidos de testículos não foram convincentes. De forma bastante pungente, o estudo do órgão para o qual uma função endócrina foi pela primeira vez anunciada produziu pouco. Um extrato bem sucedido de testículo não tinha sido feito, e, pelos anos 1910, o uso dos extratos existentes estava declinando. (HAMILTON, 1986, p.18, tradução livre[90]).

Na ausência de resultados válidos dos extratos, reproduzindo o sucesso de outros órgãos e glândulas, aqueles interessados em repor o que era considerado uma deficiência testicular – leia-se, o processo de envelhecimento masculino, tido como patológico em si – recorrem às novas práticas de enxerto da glândula. Entre os pioneiros, e talvez o mais famoso, estava Serge Voronoff.

Assim, como relata Hamilton (1986), a partir de 1917, o russo inicia sua pesquisa sobre transplante de testículo e animais no *Collège de France*, a princípio, utilizando carneiros como doadores. Nessa fase inicial, Voronoff retira finas fatias do testículo de um animal jovem e as enxerta ao lado do testículo do carneiro receptor, um animal mais velho (em alguns casos, carneiros castrados). Ele fica muito satisfeito com o resultado, que supostamente reverteu características da velhice no animal enxertado, publicando seus resultados em respeitáveis revistas especializadas. Os efeitos antienvelhecimento relatados foram a retomada da atividade sexual, ganho de peso e crescimento dos chifres, todas consideradas características joviais. Além disso, Voronoff desenvolveu um "*méthode*" próprio, que posteriormente passou a ser amplamente copiado, e consistia em costurar os enxertos na superfície do testículo do receptor, causando um trauma local proposital para estimular a formação de novos vasos sanguíneos, que supostamente nutririam os enxertos, impedindo sua necrose. Como é comum na história de Voronoff, suas proposições são plausíveis, adequadas ao paradigma médico vigente, mas de difícil sustentação com o conhecimento fisiológico atual, e pouco precisas metodologicamente.

Em 1919, apresentando seus resultados com carneiros e bodes para uma comunidade científica extasiada, Voronoff lança a ideia de que não vê motivos para não aplicar sua técnica em humanos. Essa afirmação é repetida à exaustão na mídia leiga num nível mundial, e aceita pelo público em geral com avidez, especialmente entre a elite europeia e estadunidense, convencidas de que a ciência finalmente havia descoberto a fonte da juventude. Até aqui, a

[90] No original: "Thus the early days of the new science of glandular secretions – endocrinology – was a curious mixture of the respectable and the controversial. Success with thyroid extracts was undoubted, but continuing attempts to get a successful testis extracts were unconvincing. Rather poignantly, the study of the organ for which an endocrine function had first been claimed had produced little. A successful testis extract had not been made, and by the 1910s the use of existing extracts was declining".

única divergência relevante vinha do jornal anti-vivisseccionista[91] inglês *The Abolicionist*, através da figura de seu editor, Dr. Walter R. Hadwen, que viria a criticar o trabalho de Voronoff ininterruptamente pelos próximos 10 anos. Para Hadwen, a linha entre o trabalho do russo e o charlatanismo era muito tênue.

Apenas 10 dias após a polêmica afirmação, Voronoff volta a figurar em páginas de jornal ao afirmar que os testículos permanecem vivos até três horas após a morte de um homem, e, portanto, seria possível aproveitar os testículos de homens jovens mortos em acidentes para o enxerto em homens mais velhos. No mesmo dia, chega a notícia de que um homem foi executado numa penitenciária em San Quentin, na Califórnia, e que seus testículos foram rapidamente removidos e transplantados para outro preso de 60 anos pelo médico da penitenciária, Dr. Leo L. Stanley. Apesar do pioneirismo de Stanley, que viria a realizar dezenas de operações do tipo na mesma penitenciária, o enxerto testicular foi associado diretamente à figura de Voronoff que, a essa altura, não havia realizado nenhum enxerto em humanos ainda.

Para Hamilton (1986), o enorme interesse na ideia de rejuvenescimento, que contrastava com um declínio nas pesquisas de transplantes de uma maneira geral, pode ser explicado por alguns fatores sociais da época, e

> o mais óbvio deles era que a Europa havia perdido um grande número de homens jovens na 1ª Guerra Mundial. O grupo de oficiais mais jovens havia sofrido perdas particularmente pesadas. As famílias abastadas da Europa haviam perdido seus filhos, e os homens mais velhos se ressentiam de suas idades mais intensamente do que de costume. Não só isso, mas, a partir de 1880, a taxa de natalidade estava decaindo na Europa, as famílias se tornavam menores, e nos anos 1920, os governos estavam instando seu povo a aumentar o tamanho de suas famílias. (HAMILTON, 1986, p.27, tradução livre[92]).

Um outro fator social de enorme importância no período é o avanço da eugenia, tanto como escola de pensamento ou inspiração teórica quanto como movimento político-

[91] A vivissecção é a técnica de dissecar animais vivos para estudar sua anatomia e fisiologia. Já no início do século XX, era considerada bárbara por algumas pessoas, o que até hoje encontra-se presente no discurso de defensores dos direitos dos animais. Desde o período relatado no texto, os anti-vivisseccionistas, ou abolicionistas, como preferiam ser chamados, denunciam maus tratos e abusos aos animais na pesquisa científica, notadamente no desenvolvimento de fármacos e cosméticos. Além das duas posições polarizadas – vivisseccionistas e abolicionistas – existe também uma posição intermediária, chamada de 3R's, *Replacement*, *Reduction and Refinement* (substituição, redução e refinamento), proposta por Russel e Burch no livro *The Principles of Humane Experimental Technique* de 1959, que influenciou a legislação atual relativa ao uso de cobaias em laboratório.

[92] No original, "The most obvious of which was that Europe had lost a huge number of young men in the First World War. The younger officer group have suffered particularly heavy losses. The well-off families of Europe had lost their sons, and older men grudged their age more acutely than usual. Not only that, but from 1880, the birth rate had been going down in Europe, families had become smaller, and by the 1920s, governments were urging their people to increase the size of their families".

ideológico. Proposta inicialmente pelo inglês Francis Galton em 1883, a eugenia baseou-se na evolução de Darwin (Galton e Darwin eram primos) para propor uma "seleção artificial" das espécies através do controle de "cruzamentos indesejáveis". Diversas aplicações da teoria eugênica foram propostas em diferentes países, mas, no período entre guerras, é possível identificarmos duas grandes escolas eugênicas: a inglesa, de aspiração mendeliana, fundada em 1908; e a francesa, neolamarckista, de 1912[93].

Para Hamilton (1986), Nancy Stepan (2004), Cynthia Russet (1995) e Stephen Jay Gould (1991), a difusão da eugenia está diretamente associada à crescente preocupação das classes superiores europeias com fertilidade e reprodução, e o medo de degeneração nacional intensificado com a guerra e a miscigenação, vista como um possível efeito indesejado do imperialismo europeu. Porém, nem todos os eugenistas focavam um controle racial da população. Como havia o entendimento de que uma nação "forte" é composta por uma população "forte", outras características além da raça eram associadas ao enfraquecimento da nação. Essas eram características consideradas exclusivas das classes populares, das sexualidades "desviantes", dos loucos, dos criminosos, das mulheres e dos velhos. Esse entendimento eugênico da população coadunava com a proposta médica de rejuvenescimento por vias cirúrgicas, e com a legitimação da imprensa aos enxertos e transplantes de testículos. Tal prática resolvia dois problemas disgênicos: o envelhecimento da população e a baixa taxa de reprodução dos ricos.

> Voronoff não estava intimamente envolvido no movimento eugênico do início do século XX. Ele não era reivindicado como um deles, nem foram seus pontos de vista amplamente discutidos dentro do movimento. Mas o seu trabalho e suas atitudes carregam o selo de alguns dos pressupostos de seu tempo, incluindo aqueles dos eugenistas. Se a 1ª Guerra Mundial havia destruído uma elite robusta, sobrando velhos e degenerados, os esforços de Voronoff de rejuvenescimento da classe rica envelhecida eram, pelo menos, um passo na direção certa. A possibilidade de reviver física e sexualmente os homens ricos que já haviam passado de seu apogeu estava em harmonia com o espírito dos tempos. (HAMILTON, 1986, p.29, tradução livre[94]).

A eugenia justificava ainda uma maleabilidade dos corpos e das raças nas mãos da ciência, como nota Hamilton (1986, p.29-30), porém, isso levanta uma questão ética na

[93] Nancy Stepan (2004) destaca a especificidade da eugenia desenvolvida na Academia brasileira e sua influência sobre a América Latina, que, para a autora, constitui uma terceira escola eugênica. Como me proponho a contar a história da testosterona, não irei me ater aos meandros e características da eugenia latino-americana, até um período posterior, na qual haverá uma relação entre eugenia e uso de testosterona. Para um debate mais profundo sobre o movimento eugênico no Brasil, ver Sérgio Carrara (1996) e Nancy Stepan (2004).

[94] No original: "Voronoff was not closely involved in the eugenics movement of the early twentieth century. He was not claimed as one of their number, nor were his views discussed widely within the movement. But his work and attitudes carry the stamp of some of the assumptions of the times, including those of the eugenicists. If the First World War had destroyed a fit elite and had left a degenerating, elderly rump, Voronoff's own efforts of rejuvenating the aging wealthy class was at least a step in the right direction. The possible physical and sexual revive of wealthy men who were past their prime was in harmony with the spirit of the times".

imprensa acerca das possibilidades de prolongamento artificial da vida. Muito a partir dos experimentos no presídio de San Quentin, cresce um incômodo com a moralidade das técnicas de rejuvenescimento: seria correto prolongar a vida de um condenado à prisão perpétua, prolongando, portanto, sua pena? E, ainda mais grave, é moralmente aceitável um prolongamento da vida sexual? Numa entrevista ao *New York Times*, Evelyn Bostwick, a assistente de laboratório (e recém esposa) de Voronoff, numa sequência de palestras profissionalmente muito profícuas dada pelo casal nos EUA em 1920, faz questão de enfatizar que o transplante de testículo não visa o rejuvenescimento sexual, mas sim as complicações de uma "velhice prematura". O sensacionalismo da imprensa é que "distorcia a verdadeira natureza" do trabalho de Voronoff (HAMILTON, 1986, p.32). Com isso, Voronoff mantém um discurso oficial que agrada ouvidos mais sensíveis ao tratamento científico da sexualidade, enquanto destaca indiretamente os supostos efeitos afrodisíacos de sua cirurgia, que atrai uma quantidade crescente de pacientes ao seu consultório. Ao longo dessa tese, veremos diversos momentos no qual esse duplo discurso sobre a sexualidade foi aplicado a terapêuticas que afetam a atividade sexual masculina.

Durante essa visita de 1920, Voronoff fez parcerias e inimizades entre a comunidade médica estadunidense que teriam profundas consequências na legitimidade da técnica de enxerto de testículos. Um dos descontentes foi o urologista e eugenista de Chicago George Frank Lydston, que havia realizado, ainda em 1914, uma série de transplantes de testículos em humanos (inclusive em si mesmo), publicada em respeitadas revistas médicas, e ignorada por Voronoff. A acusação de não dar créditos a colegas, roubando para si o pioneirismo de uma prática já comum na medicina, acompanhou toda a carreira acadêmica do médico russo, e é apontada por Hamilton (1986) como um dos fatores tanto da simpatia da imprensa quanto da animosidade da comunidade científica com Voronoff. O curioso é notar como, uma década depois, esses mesmos profissionais farão questão de não serem lembrados pelo pioneirismo tão encarniçadamente reivindicado nos anos 1920.

Nos artigos ignorados por Voronoff, Lydston descreve os efeitos do transplante de testículo em si e nos outros como "benéfico": "ele relatou que eles [os transplantes de testículo] retardaram o desenvolvimento da senilidade, curaram cabelos grisalhos, e curaram a doença de pele psoríase e reverteram o desenvolvimento sexual defeituoso" (HAMILTON, 1986, p.35, tradução livre[95]). Lydston ainda denunciou que, dois anos antes dele mesmo, em 1912, os estadunidenses Hammond e Sutton tentaram realizar um transplante, ao que tudo

[95] No original: "He reported that they retarded development of senility, cured grey hair, and cured the skin disease of psoriasis and reversed defective sexual development".

indica sem sucesso, e que, supostamente, Victor Lespinasse, outro cirurgião de Chicago, poderia ter feito a operação um ano antes, em 1911. Com isso, a imprensa estadunidense passou a disseminar a ideia de que os EUA estavam sendo alijados de sua produção científica original pelos "figurões" da Academia europeia. O *New York Times* afirmava que os cidadãos dos EUA não precisam viajar para a Europa, uma vez que a cirurgia estaria disponível em todas as principais cidades dos EUA.

Todo esse *frisson* trouxe à luz um obscuro médico do Kansas, Dr. Brinkley, que já realizava transplantes de testículos desde 1917. A grande inovação de Brinkley é que, ao invés de usar doadores humanos como Lydston, ou os macacos de Voronoff, os testículos transplantados por Brinkley provinham de bodes. A justificativa por essa escolha passa por dois motivos: o bode era um símbolo de proficiência sexual[96] e vigor no meio-oeste dos EUA, e era conhecido por sua boa saúde e imunidade à tuberculose (HAMILTON, 1986, p.37). A saúde do animal doador havia se tornado um foco de preocupação entre os cirurgiões, por medo de que doenças do animal (principalmente do macaco) fossem transmitidas ao receptor através do testículo transplantado.

Brinkley foi uma figura ainda mais controversa que seus colegas, pois seu diploma médico nunca foi plenamente aceito – ninguém sabia ao certo de onde ele tinha vindo, quais escolas frequentou ou onde aprendeu suas técnicas. A acusação de charlatanismo (corroborada pelo próprio Hamilton) acompanhou toda sua carreira, levando inclusive à recusa de licença em alguns estados dos EUA, restringindo o suposto médico a estados com legislações mais frouxas. Apesar disso, o consultório de Brinkley era um sucesso, com seu pretensioso *slogan* que dizia: "*You are only as old as your glands*"!

Enquanto Brinkley lutava para ser reconhecido pela elite médica estadunidense, Voronoff, de volta à França, publicava um livro no qual citava os achados de seu colega prêmio Nobel Carrel sobre cultura de tecidos, que afirmava que células que crescem fora do corpo são imortais. Assim, a decadência senil seria resultado de venenos, possivelmente produzidos pelo próprio corpo (essa ideia de um "envenenamento endógeno" era bastante aceita, e vinha de pesquisas de outros campos) ou de uma deficiência. No caso em questão, a deficiência era dos testículos, e a consequência lógica é que os enxertos dessas glândulas

[96] Opostamente, Miguel Vale de Almeida (2000, p.207) percebe que o bode era muito mal visto nas regiões rurais de Portugal, em oposição aos carneiros. "os bodes toleram o acesso sexual de outros machos às fêmeas de seus domínios. [...] Ao passo que o carneiro não tolera rivais, e um só serve para emprenhar todo um rebanho de ovelhas. [...] O carneiro representa a virilidade, a força. O carneiro é símbolo de honra e poder, o bode é símbolo de vergonha". Viriam, pois, dos bodes as injúrias masculinas de "cabrão", "cornudo" e "chifrudo" para se referir a homens traídos.

iriam curar a velhice. Essa proposição foi apresentada de modo bastante elegante por Voronoff.

> Ele começa dizendo que a castração está associada ao envelhecimento prematuro e perda de vitalidade, não só em cavalos dourados, mas também em eunucos e em pacientes com perda de ambos os testículos. Voronoff usou alusões clássicas, citando a história segundo a qual o poeta Abelardo nunca escreveu novamente após sua castração[97]. Ele também citou com credulidade os casos de Goethe, cuja longa vida ele creditou a genitais bem preservados [...] Ao explicar seu uso do macaco como doador, ele disse que sua escolha foi inicialmente forçada pela falta de glândulas doadoras humanas. No entanto, ele descobriu que não só a glândula de macaco[98] eram eficazes, mas que elas sobreviviam melhor do que glândulas humanas, por causa da "virilidade" dos macacos. (HAMILTON, 1986, p.40-1, tradução livre[99]).

Nessa citação, dois pontos merecem nossa atenção. Primeiro, destaco que os animais que foram escolhidos como doadores nos métodos mais populares – macacos, bodes e touros – eram percebidos como possuidores de uma notável "virilidade", mantendo viva a protoideia que descrevo no capítulo 1. O segundo ponto se refere à menção de Voronoff da dificuldade de obtenção de doadores humanos para seus experimentos. Limitações de ordem técnica, especialmente obtenção de matérias-primas, parecem acompanhar o estudo científico da sexualidade masculina, e foram o principal argumento para um atraso percebido na síntese laboratorial de testosterona.

Voltando à história, Voronoff teve muito sucesso em seus transplantes humanos, relatando uma melhora física, intelectual e na performance sexual de seus primeiros

---

[97] Peter Abelard foi um famoso filósofo, teólogo e poeta francês do século XII, cujo envolvimento amoroso com Héloïse d'Argenteuil levou à sua castração pelo tio da moça, Fulbert, dando origem a uma popular lenda romântica na Europa.

[98] A utilização de primatas por Voronoff é uma anedota à parte. Originalmente, o russo usava chipanzés, já sabendo da grande homologia entre humanos e chipanzés. O *New York Times* publica, em 1922, que Voronoff pagava, do seu próprio bolso, 500 dólares por chipanzé. Talvez por esse motivo, Voronoff pouco tempo depois os substitui por babuínos. Cada testículo pode ser utilizado em duas cirurgias, logo, um primata é doador para no máximo quatro homens. Com o aumento da demanda por transplantes, Voronoff decide criar seus próprios macacos, mas não recebe permissão das autoridades francesas para criar animais em Paris, e acaba comprando o enorme Château Grimaldi, na Riviera italiana, onde constrói um criadouro com cerca de 50 animais. Reza a lenda que Voronoff obtinha os macacos de circos que percorriam a Europa, haja visto que a importação das colônias espanholas e belgas na África, que era oficialmente feita por Voronoff, era muito custosa, boato corroborado pelo fato de que o russo empregou um domador de animais de um desses circos, o holandês Charles Bartell, para tomar conta de seus macacos. Contudo, apesar dos esforços, parece que os macacos não procriavam muito bem em cativeiro, e não fica claro por quanto tempo Voronoff mantém sua "fazenda de macacos", nem o que aconteceu com as fêmeas (supõe-se que teriam fêmeas), nem de onde o médico passou a obter os animais depois do fracasso de sua empreitada.

[99] No original: "He begins by saying that castration is associated with premature ageing and loss of vitality, not only in gilded horses but also in human eunuchs and in patients with loss of both testicles. Voronoff used classical allusions, quoting the story according to which the poet Abelard never wrote again after his castration. He also credulously cited the cases of Goethe, whose long life he credited to well-preserved genitals […]. In explaining his use of the monkey as a donor, he said that his choice was initially forced on him by the lack of human donor glands. However, he found that not only did the monkey gland succeeded, but they survived better than human glands, because of their 'virility'".

transplantados. A notícia se espalha rapidamente entre a elite europeia. Contudo, Voronoff não era o único a propor técnicas inovadoras de rejuvenescimento. Steinach desenvolve uma técnica concorrente, também de difícil explicação pela fisiologia contemporânea. Ao invés de enxertar tecido testicular como o russo, ou mesmo de transplantar um testículo inteiro, Steinach utilizava o que nomeou como "vasoligação", que consistia num simples corte do ducto ou canal deferente (canal muscular por onde saem os espermatozoides armazenados no epidídimo), feito unilateralmente. Tal técnica é bem conhecida até os dias atuais, feita bilateralmente como forma de esterilização masculina, sob o nome de vasectomia. Entretanto, Steinach propagou sua vasoligação como uma forma de rejuvenescimento com a seguinte justificativa:

> Ele alegou que, uma vez que a operação impediu o esperma de sair do testículo, teve um efeito revigorante. Isto teve uma aceitação pública favorável, uma vez que se harmonizou com o obscuro mito sexual vitoriano [...] que a masturbação era prejudicial: se a perda de esperma e do fluido seminal enfraquecia, *ergo* a abstinência ou bloqueio cirúrgico da perda deve fortalecer. Na década de 1920, a opinião médica responsável havia abandonado essa postura, mas deixou o plausível teorema de que, como a masturbação enfraquece, a abstinência ou a vasoligação cirúrgica fortaleciam. (HAMILTON, 1986, p.45, tradução livre[100]).

Como nas experiências de Voronoff e Brinkley, a vasoligação também foi um sucesso acadêmico e de público, enriquecendo Steinach, que também conduzia pesquisas envolvendo enxertos ovarianos. Com o dinheiro, ele funda um grupo de pesquisa que será financiado por uma ainda pequena empresa chamada Schering AktienGesellschaft, muito interessada na identificação e manufatura de hormônios das glândulas sexuais (HAMILTON, 1986, p.47).

Em 1922, Stanley, da penitenciária de San Quentin, publica o resultado da administração de enxertos e extratos de testículos (apesar de Brown-Séquard) em 643 presidiários e mais 13 médicos, relatando, além dos efeitos rejuvenescedores, significativas melhoras em casos de acne e asma. O *New York Times* publicou, no mesmo ano, uma fala de Voronoff afirmando que é capaz de retroceder o envelhecimento humano em 20 a 30 anos, e que irá demonstrar seus resultados, pela primeira vez, no próximo *Congrès Français de Chirurgie*, em outubro de 1922.

Como Voronoff era uma celebridade nos jornais da época, na véspera de sua apresentação, a versão francesa do *Chicago Tribune* publica uma pequena reportagem sobre o método do russo e seus resultados, anunciando sua participação no congresso no dia seguinte.

---

[100] No original: "He claimed that since the operation prevented sperm from leaving the testis, it had an invigorating effect. This met a favourable public acceptance, since it harmonized with the murky Victorian sexual myth […] that masturbation was harmful: if loss of sperm and seminal fluid was weakening, *ergo* abstinence or surgical blockage of the loss must be strengthening. By the 1920s, responsible medical opinion had dropped this stance, but it left the plausible theorem that since masturbation is weakening, *ergo* abstinence or surgical vasoligation was stimulating".

A apresentação foi um fracasso. Na verdade, Voronoff sequer pôde apresentar, devido à alegação dos organizadores – a conservadora *Académie de Médécine* – de que os resultados não eram originais, já havendo sido publicados nos jornais, o que contradiz as regras do Congresso. Esse anúncio foi feito momentos antes da fala de Voronoff, que tenta inutilmente se explicar para uma plateia que o hostiliza abertamente. Desistindo de falar, o russo deixa o auditório na Sorbonne, e, já no dia seguinte, explica a situação para uma ávida e calorosa imprensa, que, por sua vez, publica e ratifica com veemência a dura crítica feita pelo russo à Academia de Medicina francesa, que estaria na contramão dos avanços científicos e avessa à inovação. Para provar como a associação é retrógrada, Voronoff recordou que a Academia hostilizou o trabalho de Louis Pasteur em 1882, recomendando que sua "teoria do germe" jamais fosse citada. O relevante nesse episódio é refletir sobre a complexidade da relação entre a Academia e a mídia, que dividirá opiniões entre acadêmicos até hoje. Voronoff talvez seja um dos primeiros exemplos de uma medicina cujos resultados são amplamente divulgados pela mídia leiga, mais até do que pela mídia especializada. Essa associação com a imprensa irá se repetir ainda em diversos momentos da história da testosterona, para o bem ou para o mal.

A resposta foi rápida. Três dias depois da sua frustrada apresentação no Congresso de Cirurgia, Voronoff já estava dando a mesma controversa palestra no *Collège de France*, com direito a uma demonstração pública de seus experimentos em animais e o depoimento de um paciente, o inglês Edward Liardet, que tinha 76 anos, mas, 20 meses depois do transplante, aparentava ter 45 anos, segundo o *New York Times*. Foi um absoluto sucesso. Poucos meses depois, Voronoff publica uma monografia de 85 páginas descrevendo sua técnica, intitulada *Greffes Testiculaires*, marcando a entrada do russo na impressa médica e forçando a Academia a aceitar seu método, agora amplamente copiado por diversos outros cirurgiões na França e fora dela, e suscitando comentários positivos de personalidades do peso de Starling. Segundo Hamilton (1986, p.66), a resposta do público também é exemplar: de modestas 12 cirurgias realizadas em 1922, Voronoff pula para 30 no ano seguinte e, no final de 1926, o número total de cirurgias já estava na casa dos milhares, o que significa que, sendo os números verdadeiros, Voronoff realizava, em seu auge, cerca de 10 cirurgias por semana.

A popularização das "glândulas de macaco", como as diferentes técnicas de transplante de testículo passaram a ser chamadas popularmente (demonstrando a centralidade de Voronoff no campo, e, segundo ele próprio, justificando a hostilidade do campo científico com seu trabalho) foi tamanha que surgiam com frequência na imprensa boatos de que

diferentes personalidades e artistas haviam se submetido à cirurgia[101]. Uma revisão do livro *Glands and Health and Disease*, do médico de Nova York Benjamin Harrow, concluía que

> [u]m mundo assolado pela guerra deu lugar a um mundo assolado por glândulas. Temos sido *Voronoffizados* e *Steinachizados – Brinkleyzados* também – até que um público que sofre há muito tempo está realmente em dúvida se acordos mundiais ou a condição glandular do mundo devem ocupar o primeiro lugar (THORNE, 1922 *apud* HAMILTON, 1986, p.72, tradução livre[102]).

Toda essa publicidade só aumentava a fama e a riqueza de Voronoff, que, em 1926, havia recebido diversos prêmios na França, na Espanha, nos EUA, na Itália e na Inglaterra, além de convites para palestras e realização de cirurgias entre a elite do Sudeste Asiático, notadamente no Vietnam e Camboja, e também na Austrália. Aqui fica bem claro o argumento de Bourdieu (1986) de que um forte capital científico se converte em capital financeiro. Em 1927, o médico comemora o fato de que uma companhia de seguros húngara se recusa a pagar a anuidade de idosos para um paciente transplantado por Voronoff, argumentando que sua técnica está estabelecida cientificamente, e o segurado agora é mais novo que sua idade cronológica, invalidando o contrato (HAMILTON, 1986, p.78).

Essa é uma das últimas menções elogiosas a Voronoff, já que, a partir desse período, o transplante de testículos irá rapidamente cair em descrédito, acompanhando uma mudança na medicina como um todo, que substitui os métodos cirúrgicos por métodos químicos. A endocrinologia será diretamente afetada por essa mudança, que tem muito a ver com a entrada nesse campo de uma outra disciplina, a bioquímica, muito incipiente no início da febre dos transplantes de glândulas.

Talvez o marco definitivo para o fim do sucesso de Voronoff tenha sido suas tentativas de transplante veterinário em ovinos, conduzidas numa fazenda na Argélia visando acelerar o crescimento da lã, por razões comerciais. Uma comissão de especialistas de diferentes países produziu relatórios bastante contraditórios acerca do experimento. Em paralelo a esses relatórios críticos, o próprio Voronoff, claramente empolgado com o que percebia como um

---

[101] Diversas referências podem ser encontradas na cultura popular do período, como um conto de Sir Arthur Conan Doyle ("The Adventures of the Creeping Man"); uma letra de música, ("Monkey-Doodle-Doo", de Irving Berlin, do filme *The Coconuts*, dos Marx Brothers); diversos romances ("Coração de um Cachorro", de Mikhail Bulgakov, "*The Unpleasantness at the Bellona Club*", de Dorothy Sayers; "*Black Oxen*", de Gertrude Atherton; "*The Gland Stealers*", de Bertram Gayton); e até um drink (*Monkey Gland*, feito de gim, suco de laranja, granadina e absinto). Para além da ficção, a própria imagem de Voronoff passa a ser alvo de fantasias antropo-animalescas: na autobiografia do *chef* francês Pierre Franey, este relata que os garçons de seu restaurante, *Le Pavillon*, consideravam que Voronoff parecia fisicamente um macaco, e imitavam seu jeito de andar (que seria simiesco) nas cozinhas sempre que o médico ia jantar no restaurante, já em torno dos 1940. Ver Hamilton, 1986, p.67-8.

[102] No original: "A war-ridden world has given place to a gland-ridden world. We have been Voronoffed and Steinached – Brinkleyed too – until a long-suffering public is really in doubt as to whether world comity or the world's glandular condition should occupy the first place".

sucesso de sua nova empreitada, conclama, em uma conferência em Budapeste, em 1927, que assim como os animais foram aprimorados com sua técnica, o mesmo poderia ser aplicado a crianças "brilhantes". "'Eu convoco', disse ele, 'crianças geniais. Dê-me tais crianças, e eu criarei uma nova super-raça de homens geniais'. Voronoff tinha ido longe demais." (HAMILTON, 1986, p.101-2, tradução livre[103]). A imprensa, principal aliada de Voronoff até então, não reagiu bem a essa fala, e críticas pipocaram em diversos jornais europeus. A ideia de aprimoramento racial era um tema delicado com a radicalização da eugenia negativa no Norte europeu, se somando ao incômodo representado pelos questionados experimentos veterinários.

Assim, na Inglaterra, eugenistas mendelianos, anti-vivisseccionistas e empreiteiros pecuaristas se unem a alguns cientistas céticos para denunciar o trabalho de Voronoff em animais e principalmente em humanos, seja questionando o destino dos animais depois de terem seus testículos retirados, seja por um incômodo eugênico de que os humanos seriam contaminados por características simiescas (HAMILTON, 1986, p.112). O curioso é que ninguém parecia duvidar de que os transplantes funcionavam em humanos, apesar da dúvida entre as ovelhas e do avanço em paralelo da bioquímica que discuto mais à frente. Tanto que entre 1927 e 1928, começam a circular panfletos tanto na imprensa quanto entre cientistas denunciando duas contradições acerca da "operação bestial", como chegou a ser chamada a técnica tão demandada anteriormente.

> Voronoff afirmou que seus pacientes enxertados produziriam descendentes mais viris: daí que a possibilidade de que os genes dos macacos fossem transmitidos era inegável. Embora Voronoff tivesse negado esse possível desastre genético, suas garantias não foram convincentes. [Além disso] Foi sugerido por alguns que as glândulas causam uma criminalidade habitual: mas também foi sugerido que as glândulas de criminosos executados devessem ser usadas como tecido doador. Se os testículos podiam causar criminalidade, não era escandaloso, incitou o autor do panfleto, usar esses órgãos para transplante? (HAMILTON, 1986, p.116, tradução livre[104])

Mas Voronoff ainda tinha seus defensores, e, em 1928, mesmo num franco declínio das cirurgias de transplante, o vienense Karl Doppler desenvolve uma nova técnica, que consistia em pintar com fenol as cordas espermáticas, o que levaria ao dano dos nervos

[103] No original: "'I call', he said, 'for children of genius. Give me such children, and I will create a new super-race of men of genius.'. Voronoff had gone too far".

[104] No original: "Voronoff claimed that his grafted patients would produce more virile offsprings: hence the possibility that monkey genes were transmitted was undeniable. Though Voronoff had denied this possible genetic disaster, his reassurances were unconvincing. […] It was being suggested by some that glands cause habitual criminality: but it was also being suggested that the glands of executed criminals should be used as donor tissue. If the testis could cause criminality, was it not outrageous, demanded the pamphleteer, to use such organs for transplantation?"

testiculares pela substância irritante, e, consequentemente, ao aumento da circulação sanguínea no local, "revivendo" os testículos. Nesse ano, Voronoff ainda lança mais um livro, cujo título foi alterado para o mais comercial *How to restore youth and live longer*, que recebeu pesadas críticas da imprensa estadunidense, hostil a qualquer tentativa de rejuvenescimento após a denúncia do charlatanismo de Brinkley e seus testículos de bode (HAMILTON, 1986, p.188-9)[105].

Mas se alguns (poucos) clínicos mantinham viva a esperança do rejuvenescimento cirúrgico, a endocrinologia enquanto campo científico já não admitia mais a insistência nessa prática. Em 1928, Henry Velu, um dos pesquisadores envolvidos na análise das pesquisas argelinas de Voronoff, publica o resultado de seus experimentos com ovinos, buscando replicar os de Voronoff. Velu concluiu que a massa observada no testículo, até então considerada prova da absorção orgânica do enxerto, era apenas tecido cicatricial, definindo as características microscópicas do processo de rejeição como a ciência as entende até hoje (HAMILTON, 1986, p.126). No Congresso Internacional de Fisiologia de 1929, realizado em Boston, no qual o próprio Voronoff apresentou um *paper*, Kazimierz (Casimir) Funk, um bioquímico polonês, relata ter isolado um hormônio masculino na urina, que poderia ser usado para rejuvenescimento. Vale destacar que Funk foi financiado pelo milionário pecuarista de Chicago, McCormick, que havia se submetido à cirurgia de Steinach em 1922. Essa notícia podia ser muito positiva para os cirurgiões dos transplantes, uma vez que provava que o hormônio dos testículos tinha efeitos sobre características ditas masculinas. Voronoff e seus colegas podiam ter sido ovacionados como os grandes pioneiros que inauguraram as pesquisas sobre testosterona num período anterior à sua definição química. Mas não foi o que aconteceu.

> Mas se Voronoff estava satisfeito que o hormônio testicular havia finalmente sido descoberto, a avaliação do novo hormônio que se seguiu trouxe notícias menos dramáticas – destruindo não só as esperanças de rejuvenescimento, mas também a reputação de Voronoff. Estudos extensivos descobriram que o hormônio poderia restaurar alguma "masculinidade" aos animais castrados – em outras palavras, restaurar as "características sexuais secundárias" – mas não poderia reverter o envelhecimento ou declínio sexual. O hormônio do testículo – testosterona – não poderia rejuvenescer: houve também uma crítica crescente dos resultados alegados pelos transplantes anteriores de testículo em humanos e ovinos feitos por Voronoff.

[105] Ainda assim, os anos 1930 assistiram a uma "segunda geração" de cirurgiões que seguiam o caminho de Voronoff, Brinkley e Steinach, como o australiano Henry Leighton-Jones, operado pelo próprio Voronoff aos 66 anos, na sequência casando com a assistente do russo e abrindo com ela sua própria clínica de transplantes de testículo em Morisset, na Austrália. Outro seguidor, não de Voronoff, mas de Steinach, o sexólogo Norman Haire, de Londres, opera o famoso poeta irlandês W. B. Yeats já em 1934, demonstrando a permanência na clínica do rejuvenescimento cirúrgico.

> As tentativas de repetir seus experimentos com ovelhas falharam. O declínio do transplante de testículo era iminente (HAMILTON, 1986, p.122, tradução livre[106])

E de fato foi. Quanto mais inovações bioquímicas surgiam nos laboratórios da endocrinologia, mais críticas eram feitas aos transplantes, de forma que, já no início dos 1930, as principais organizações científicas apagavam de seus históricos qualquer menção, e principalmente qualquer apoio, a Voronoff e seus colegas. Para ficar entre os mais famosos: Brinkley era de fato um charlatão, que falsificou diplomas e resultados, nunca apresentou sua técnica em congressos científicos, nem pulicou em revistas consideradas sérias, nem sequer descreveu seu procedimento, envolto em um mistério que agradava o público mas irritava o campo científico; Steinach tinha outras linhas de pesquisa, que renderam resultados mais frutíferos, e foi pouco a pouco se distanciando dos transplantes, mantendo a seriedade de sua carreira a partir dessas outras pesquisas; já Voronoff, outrora o mais famoso pela elite médica e leiga, foi ridicularizado mesmo por seus mais vocais (ex)aliados, e vem a falecer, em 1951, em absoluta desgraça no meio acadêmico, sendo o único responsabilizado pelo erro médico-científico de uma década. Uma busca por seu nome na enciclopédia virtual Wikipedia nos traz a triste notícia que o *New York Times*, talvez o maior entusiasta do trabalho de Voronoff nos idos 1920, tantas vezes defendendo-o da "retrógrada" Academia, pulicou pequena notícia sobre seu falecimento errando a grafia de seu sobrenome e afirmando que poucos haviam levado a sério sua pesquisa.

Para além da injustiça sofrida pelo russo no fim de sua vida, a biografia de Voronoff se confunde à biografia da testosterona, e o coloca ao lado de Brown-Séquard que, apesar de bem mais correto do ponto de vista da ciência atual, também pagou um alto preço por contradizer o pensamento hegemônico de seu período. Diferente de Brown-Séquard, porém, Voronoff não é visto pelos nossos olhos no século XXI como um visionário, um homem à frente do seu tempo, propondo uma terapêutica que viria a ser legitimada um século depois. Sobre Brown-Séquard, afirmei no capítulo anterior, recai o erro de uma técnica velha para uma teoria inovadora; sobre Voronoff, recai o peso de uma técnica considerada grotesca e ineficaz nos termos da ciência como a conhecemos. Voronoff não era um teórico, e suas publicações eram até bastante rasas do ponto de vista acadêmico, meras descrições de

[106] No original: "But if Voronoff was pleased that the testicular hormone had at last been discovered, the evaluation of the new hormone which followed was to give less dramatic news – destroying not only hopes of rejuvenation, but Voronoff's reputation as well. Extensive studies found that hormone could restore some 'maleness' to castrated animals – in other words, restore the 'secondary sexual characteristics' – but it could not reverse aging or sexual decline. The testis hormone – testosterone – could not rejuvenate: there was also increasing criticism of the results claimed for Voronoff's earlier testis transplants in human and sheep. Attempts to repeat his sheep experiments failed. The decline of testis transplantation was imminent".

procedimentos cirúrgicos. Contudo, esteve em harmonia com diversas teorias a ele contemporâneas, como o neolamarckismo, a eugenia e a própria teoria hormonal. E talvez a enorme popularidade de suas cirurgias tenha se dado pelo fato de que transplantes e enxertos animais eram de fato a principal técnica utilizada nos primórdios da endocrinologia sexual, e foi através dela que a ciência estabeleceu os principais efeitos dos novos hormônios sexuais. Admitir essa contribuição a partir de algo considerado hoje absurdo (a proposta de que enxertos entre-espécies tenham algum efeito fisiológico na ausência de antibióticos e imunossupressores) é paradoxal e até vergonhoso para uma ciência que se pretende reveladora da "verdade" da "natureza". Mas Voronoff não foi o único a impor tal contradição à ciência; mesmo grandes "gênios" defenderam teorias hoje vistas como absurdas. Como nos lembra Kuhn (1998, p.36),

> qualquer pessoa que examinar, por exemplo, os escritos enciclopédicos de Bacon, descobrirá que ela produz uma situação de perplexidade. De certo modo, hesita-se em chamar de científica a literatura resultante. As "histórias" baconianas do calor, da cor, do vento, da mineração e assim por diante, estão repletas de informações, algumas das quais recônditas. Mas justapõem fatos, que mais tarde demonstrarão ser reveladores (por exemplo, o aquecimento por mistura), com outros (o calor dos montes de esterco) que continuarão demasiado complexos para serem integrados na teoria. Além disso, visto que qualquer descrição tem que ser parcial, a História Natural típica omite com frequência de seus relatos imensamente circunstanciais exatamente aqueles detalhes que cientistas posteriores considerarão fontes de iluminações importantes.

Outro ponto levantado pelo "caso das glândulas de macaco" é a coprodução do fato científico entre a Academia e a imprensa. Não fosse o histriônico apoio da última, Voronoff dificilmente teria superado a resistência inicial da primeira. Foi esse processo de divulgação científica entre o público leigo que arregimentou um exército de idosos ricos para o laboratório do cirurgião, gerando os resultados que viriam a convencer seus colegas acadêmicos. Foram nas páginas dos jornais que Voronoff se defendeu dos ataques dos outros cientistas, e, quando esses negaram-lhe a fala, a imprensa calorosamente o recebeu, confortou e defendeu. Em última instância, foi devido a esse apoio leigo que outros clínicos ouviram falar de seu trabalho e replicaram-no, tornando Voronoff famoso nos cinco continentes. Não é exagero afirmar que o embasamento da técnica de transplante foi construído mais nas páginas dos jornais do que em laboratórios, consultórios ou congressos científicos; basta lembrar que as principais resenhas de seus livros, bastante elogiosas, eram publicadas no *New York Times* ou no *Chicago Tribune*. A insistência da imprensa, mais do que fornecer os pacientes de Voronoff, obriga a Academia a pelo menos ouvi-lo.

A biografia de Voronoff, por fim, retrata um hábito da medicina presente até os dias atuais: a acusação de charlatanismo a teorias ou práticas que contradigam seus rígidos

pressupostos, estejam eles corretos como no caso de Voronoff ou errôneos como com Brown-Séquard. No momento em que escrevo esse texto, a edição brasileira do El País[107] publica uma notícia de que medicamentos homeopáticos comercializados na França e na Espanha terão de trazer em seus rótulos a "informação" de que não são baseados em evidências científicas, sendo pouco mais que uma prática charlatã. Inclusive, o jornal a define como "uma pseudomedicina sem base científica", e nos conta que a Comissão Federal do Comércio dos EUA diz que "a grande maioria" das indicações dos produtos (a reportagem conta que a Sociedade Espanhola de Farmacêuticos de Cuidados Primários afirma que não deveriam sequer ter o nome de medicamento) "não estão baseadas em métodos científicos modernos e não são aceitas por especialistas médicos atuais" (ANSEDE, 2016)[108].

Assim, a medicina que execrou Brown-Séquard, ignora que considerou por 10 anos os enxertos de Voronoff como "baseados em evidências científicas", assim como defendeu por pelo menos 17 séculos que mulheres poderiam se tornar homens caso acumulassem uma certa quantidade de calor. Não se trata de questionar de forma leviana a medicina e seus pressupostos, muito menos defender a teoria homeopática, que, diga-se de passagem, ainda utiliza a organoterapia. Mas compreender que a decisão acerca do que é considerado uma evidência é transitória, podendo durar o tempo que o modelo de sexo único durou, ou se alterar com a rapidez com que os transplantes de testículos passaram de método inovador para charlatão. No fim das contas, o que fará de uma dada teoria ou de um procedimento específico algo aplaudido pela Academia (que segue oscilando entre "retrógrada e avessa a inovações" e "inovadora e revolucionária") ou rechaçado como prática enganadora dependerá da posição relativa de seu proponente no intrincado jogo de legitimidade do campo científico. Nas palavras de Bourdieu (1986, p.128), "[a] definição do que está em jogo na luta científica faz parte do jogo da luta científica".

[107] A reportagem foi publicada no *site* do jornal em 29 de novembro de 2016, assinada por Manuel Ansede. Disponível em: [http://brasil.elpais.com/brasil/2016/11/28/ciencia/1480357633_240491.html], último acesso em 10/12/2016.

[108] A acusação de charlatanismo não é exclusividade das ciências médicas, embora seja notável nelas. Kuhn (1986) relata como a "descoberta" do raio X, que viria a ser legitimada futuramente, chegou a ser descrita como "um embuste muito bem elaborado" (KUHN, 1986, p.85). O próprio Voronoff relembra a acusação de charlatão recebida pela "teoria do germe" de Pasteur, que viria a ser uma das maiores revoluções da história da medicina e, ouso dizer, do mundo.

3.4 **Isolar, identificar e produzir**

Porém, as técnicas de Voronoff não eram nada grotescas até pelo menos 1925. O que acontece que torna obsoleta tão rapidamente a prática de transplantes de glândulas? Como já mencionei antes, o desenvolvimento da bioquímica, ou melhor, dos métodos laboratoriais de extração bioquímica correm em paralelo ao uso de transplantes e enxertos, e vão aos poucos substituindo-o. É preciso também compreender que a pesquisa médica não estava tão restrita aos laboratórios como nos dias atuais; pelo contrário, era feita majoritariamente na clínica, no consultório. A substituição dos métodos cirúrgicos pelos químicos na endocrinologia sexual demarca também a transferência do *setting* prioritário para o avanço da pesquisa médica do leito para a bancada. A bioquímica é a nova ciência que se tornava hegemônica na pesquisa sobre hormônios sexuais, seguindo os avanços da química orgânica que destaquei no capítulo anterior.

Nos anos de 1910, a bioquímica estava focada no estudo das proteínas, porém, no início dos 1920, os lipídios se tornam um objeto de pesquisa privilegiado.

> Na década de 1920, os hormônios sexuais foram classificadas como esteróides, uma classe de substâncias que pode ser extraída com os mesmos solventes aplicados na extração de lipídios, proporcionando aos bioquímicos tanto a informação como as ferramentas para entrar no estudo de hormônios sexuais. (OUDSHOORN, 1994, p.22, tradução livre[109]).

Entretanto, essa substituição não é automática; como vimos, os enxertos e transplantes foram as técnicas prioritárias da pesquisa e da prática clínica na endocrinologia ao longo de toda essa década. Tanto que foi a partir do uso de extratos de testículos em coelhas que o ginecologista vienense Otfried Fellner observa um crescimento do útero similar ao esperado com a administração de extratos de ovários. Esses resultados, publicados no famoso periódico de fisiologia *Pflügers Archiv* em 1921, pode ser considerado um marco no fim da dupla especificidade dos hormônios sexuais, já que Fellner conclui que os testículos dos coelhos "obviamente" contêm o hormônio sexual feminino. Uma conclusão como essa constitui uma enorme anomalia no paradigma corrente, e, portanto, permanece largamente ignorada ainda por mais alguns anos.

Segundo Oudshoorn (1994, p.24), é a partir da mudança trazida pela entrada no campo da bioquímica que resultados como os de Fellner tiveram impacto sobre a pesquisa hormonal.

---

[109] No original: "In the 1920s, sex hormones were classified as steroids, a class of substances that could be extracted with the same solvents applied in extracting lipids, thus providing biochemists with both the information and the tools to enter the study of sex hormones.

A nova ciência leva a uma busca por outras matérias-primas, mais adequadas à sua abordagem, mas principalmente para reduzir os altos custos de obtenção de glândulas (vale lembrar que Voronoff custeava seus experimentos do próprio bolso, assim como muitos de seus colegas). É nessa busca por quantidades crescentes de matéria-prima que os pesquisadores percebem que as universidades onde estão seus laboratórios não terão condições de custear suas pesquisas. As duas necessidades – recursos materiais e financeiros – levam ao início de uma parceria entre a pesquisa laboratorial e a indústria farmacêutica que viria a marcar definitivamente a história da medicina no século XX.

Foram essas necessidades que levaram Ernst Laqueur a fundar a Organon, indústria farmacêutica até hoje na linha de frente na pesquisa e desenvolvimento de medicamentos derivados de hormônios sexuais. Laqueur (tio-avô de Thomas Laqueur, citado no capítulo anterior) foi um médico e farmacologista alemão que, após alguns anos trabalhando em universidades polonesas e alemãs, se estabelece na Holanda, onde funda o Laboratório de Farmacoterapêutica da Universidade de Amsterdam, de suma importância na pesquisa endocrinológica. A centralidade de seu laboratório foi tamanha que ficou conhecido como a Escola de Amsterdam, por onde passaram vários dos principais nomes no campo. Em junho de 1923, Laqueur fecha contrato com Saal van Zwanenberg, diretor de um abatedouro holandês, e com a Fabrics Limited Company (para a qual já havia prestado consultoria sobre a preparação de produtos médicos orgânicos) para obtenção de restos orgânicos (órgãos e glândulas). A Organon ficou responsável pelo processamento do material orgânico do abatedouro. Seu nome oficial, inspirado na palavra grega para órgãos, era *Organon Limited Company*, seguido pelo elucidador *slogan* "*for the Manufacturing of Organ Preparations on a Scientific Basis*", destacando a cientificidade de sua empresa num período de grande desconfiança acerca da qualidade das preparações de órgãos devido a, novamente, práticas charlatães. Laqueur foi durante anos um dos três membros do Conselho Diretor, estando ligado mais diretamente ao gerenciamento científico e médico da companhia. Os principais produtos comercializados pela Organon em seus primórdios eram a insulina (primeiro produto comercializado pela indústria, já em 1923) e hormônios sexuais. No mesmo ano de sua fundação, Laqueur transfere equipamentos de seu laboratório na universidade para o primeiro laboratório de pesquisa da Organon, em Oss. No início de sua complexa relação, a indústria era em certa medida subserviente à Academia, que a tratava de forma bastante utilitarista, concedendo-lhe pouca autonomia, como fica claro na exigência de que o pessoal empregado na Organon fosse previamente treinado na universidade, e contratado apenas na condição de aprovado pelo laboratório de Laqueur (OUDSHOORN, 1994, p.62; 64; 69).

A importância da indústria viria a crescer na década seguinte, minimizando essa verticalidade na relação, mas, nesse momento, havia uma clara predominância da universidade sobre as indústrias. Vale ressaltar que Laqueur e a Organon não eram um exemplo singular; diversos outros laboratórios fundaram suas indústrias, muitas até hoje com grande destaque no desenvolvimento de fármacos. Analogamente, esse processo não se deu exclusivamente em relação aos hormônios sexuais, mas em diversas outras áreas. Contudo, focarei a história da Escola de Amsterdam e da Organon nessa tese repetindo o argumento de Oudshoorn (1994) da centralidade desses atores e suas inovações na endocrinologia sexual e na comercialização dos hormônios sexuais.

Antes de continuar nossa história, faço uns parênteses para explicar de que produtos estamos falando. Essa é uma tarefa árdua, uma vez que a literatura que tive acesso, e, pelo que pude perceber, os próprios pesquisadores dos anos 1920-30, perdem pouco tempo descrevendo claramente o que eram e como eram feitos seus produtos. O termo genérico "preparações" se refere a diferentes técnicas que marcam bem essa passagem entre a organoterapia e a síntese molecular laboratorial[110]. Como vimos, já na primeira década do século XX, era consensual que as secreções internas descritas por Bernard no século XIX continham os hormônios. Algum tempo depois, admite-se que as gônadas também tinham suas secreções internas, e, portanto, seus hormônios, chamados de sexuais. A dupla especificidade (de origem e função) do hormônio sexual os dividia em "masculinos" e "femininos". Essa divisão levava à conclusão lógica de que a retirada ou enxerto cirúrgico dessas gônadas afetaria as funções consideradas sexuais, portanto, reguladas por esses hormônios gonadais. Sendo assim, e considerando a ampla utilização de glândulas pela medicina na década de 1920, essas "preparações" podiam ser extratos obtidos da maceração de uma gônada inteira, como os utilizados por Brown-Séquard, ou de diferentes partes das gônadas. Podiam ser solubilizados, filtrados e injetados, ou transformados em pó e encapsulados. Esses produtos farmacêuticos, contudo, devem ser diferenciados dos enxertos realizados em cobaias de laboratório para definir efeitos dos hormônios, assim como das outras práticas cirúrgicas descritas na seção anterior.

Isto posto, fica mais compreensível o fato de que, já no ano seguinte à sua fundação, a Organon lança no mercado uma primeira preparação de testículo, o *Testanon*. Esse primeiro produto não era padronizado; seria uma enorme discussão no campo a padronização das

[110] O termo "preparações" é ainda utilizado pela Farmacotécnica, e, seguindo o exemplo citado, se refere geralmente a produtos farmacêuticos magistrais ou manipulados, sendo, portanto, pouco utilizado na indústria contemporânea.

preparações de testículos e de ovários. Como não havia ainda um padrão, nem agências reguladoras que garantissem um controle de qualidade real dos produtos farmacêuticos, cada indústria dava ela mesma as garantias de que aquelas preparações continham as substâncias ativas. Isso levava a uma enorme desconfiança entre os clínicos, que constantemente denunciavam que a preparação X da empresa Y não tinha efeito. Esse argumento também justificava falhas dos tratamentos: se algo não funcionava, se os resultados não eram convincentes, culpava-se o produto, e não a técnica ou a teoria que a embasava.

É notável que, nesse primeiro momento da pesquisa endocrinológica, o produto contendo hormônios masculinos seja lançado antes do feminino; mais à frente, veremos como isso se inverte. A meu ver, a justificativa para tal é a enorme popularidade dos enxertos de testículos, garantindo as bases epistemológicas e mercadológicas para o lançamento e consumo das preparações testiculares – estamos em 1925, no auge de Voronoff. Em janeiro desse ano, a Organon lança o *Ovarnon*, primeira preparação de ovário feminino comercializada pela empresa. Ao contrário do que aconteceu com o *Testanon*, enfatiza Oudshoorn (1994, p.99), a Organon lança a preparação ovariana diretamente no mercado, depois de uma discussão interna na qual decidem ser desnecessário realizar testes clínicos antes da liberação entre médicos (no caso, ginecologistas). A justificativa, assustadoramente atual, é que havia uma intensa competição entre as indústrias, e era preciso lançar rapidamente o *Ovarnon*, e, oito meses depois, em setembro de 1925, a empresa dá entrada no pedido de patente exclusiva[111]. A necessidade de ensaios clínicos para o *Ovarnon*, apesar da facilidade para organizá-los trazida pela existência de uma clínica exclusivamente feminina, a ginecológica, só foi admitida pela Organon em dezembro de 1925, ocorrendo no ano seguinte em clínicas de Breslau, Alemanha (OUDSHOORN, 1994, p.88-90).

A cautela no caso masculino, que forçava a realização de ensaios clínicos para as preparações testiculares, mas não para as ovarianas, pode ser justificada por duas vias: uma mais pragmática, decorrente de uma enorme necessidade de provar que as preparações de testículo da indústria de fato funcionavam e eram sérias, se diferenciando do suposto charlatanismo de Brown-Séquard e Voronoff (citados diversas vezes em comunicações oficiais da Organon). Outro motivo, seguindo o argumento de Rohden (2009), decorre da própria desigualdade de gênero, que reduz o corpo feminino a um objeto privilegiado do escrutínio médico, e protege o corpo masculino, numa medicina feita por homens.

[111] A Organon conseguiu a patente, mas veio a abandoná-la em 1934. As patentes funcionavam de forma muito distinta do que ocorre hoje, e tinham uma importância bem menor. Ver Oudshoorn, 1994, p. 162, nota 8.

Entretanto, a Organon é uma indústria que se orgulha de seus valores científicos, como enfatizado na escolha de seu *slogan*, e, para evitar qualquer acusação, decide lançar, ainda no ano de 1926, sua segunda preparação de ovários, o *Menformon*, que apresenta algumas características muito relevantes para compreender a institucionalização e regulação crescente da ciência laboratorial (especialmente, a farmacológica) do período. Primeiro, o *Menformon* é padronizado, de forma que, como destaca a indústria, todos podem ter certeza de seu conteúdo. Em segundo lugar, o produto é lançado apenas depois de realizados testes em cobaias, apontando para os caminhos que o desenvolvimento de fármacos viria a seguir. Terceiro, *Menformon* era um dos nomes propostos, na pesquisa científica, para o hormônio sexual feminino, ainda não identificado (OUDSHOORN, 1994, p.92). Essa foi uma inovação da Organon, uma vez que, até hoje, a indústria utiliza nomes comerciais, não o nome científico do princípio ativo. Essa exceção (na história dos hormônios sexuais, esse foi o único caso que tive acesso) aponta para a forte inter-relação da Organon com o laboratório de Laqueur (eram eles que propunham o termo), e, novamente, para a necessidade de legitimação da indústria através da explicitação de suas bases científicas.

Essas primeiras preparações eram divulgadas diretamente para os médicos, principalmente para ginecologistas. Essa relação entre a ginecologia e a indústria não se dava exclusivamente pelo fato de que seriam os próprios ginecologistas que iriam prescrever o tratamento hormonal para suas pacientes. Como ressalta Oudshoorn (1994), essa especialidade médica foi um dos atores centrais no início da endocrinologia sexual, principalmente nos anos 1910. Contudo, a inovação científica vai migrando do consultório e dos leitos hospitalares para os laboratórios, universitários ou da indústria. Essa substituição levou mais de uma década e, na metade dos anos 1920, a ginecologia ainda mantinha uma grande predominância nas pesquisas do campo.

Além dessa importância, a ginecologia resolvia outro problema central: a principal matéria-prima utilizada na pesquisa sobre hormônios sexuais era ainda as gônadas, caras e de difícil acesso. Porém, como mencionei acima, a retirada cirúrgica de ovários era (como ainda é) uma prática comum na clínica ginecológica, mantendo a primazia desses médicos, que em certa medida concentravam uma das principais matérias-primas. Mais uma vez, as pesquisas envolvendo os hormônios masculinos eram prejudicadas por questões pragmáticas. Somando-se a essa dificuldade inicial, as fontes disponíveis de testículos já eram avidamente disputadas pelos cirurgiões dos enxertos e transplantes.

Mas a endocrinologia não iria depender para sempre de gônadas *in natura* para suas pesquisas. Comprovando o argumento anterior, são ginecologistas, os alemães Bernard

Zondek e S. Ascheim (do Laboratório Gineco-Patológico do Hospital Municipal de Berlim) que descobrem (e publicam) que a urina de mulheres grávidas contém uma quantidade de hormônio feminino superior ao melhor extrato de ovário disponível no mercado. Tendo trabalhado lá por um tempo, Zondek divulga essa informação para a Organon (OUDSHOORN, 1994, p.73). A partir daí, começa uma corrida entre os laboratórios europeus para obtenção de urina de grávidas.

Ao contrário do que pode parecer, ter acesso aos milhares de litros de urina necessários para a pesquisa e na indústria não era uma tarefa tão simples, ainda que mais simples do que gônadas. Dos grupos envolvidos na endocrinologia sexual, quem tinha acesso quase ilimitado à nova matéria-prima era, novamente, a ginecologia, aumentando sua sobrevida num campo em transformação. Porém, seu lugar já não é o de maior *status*: a última palavra vem mesmo é dos bioquímicos, já que a extração de hormônio a partir da urina depende dos métodos da química analítica (OUDSHOORN, 1994, p.73-4). Assim, a ginecologia vai lentamente ocupando um lugar de mera fornecedora de matéria-prima, antiga posição da indústria no campo, que agora vai despontando como um local de produção de conhecimento científico propriamente dito.

Mas ter acesso virtualmente ilimitado às mulheres não é pouca coisa, e é sabendo disso que a Organon inicia, em 1927, os testes clínicos para o *Ovarnon* em clínicas ginecológicas de Amsterdam e Utrecht, obtendo não apenas a urina, mas também a placenta de grávidas, recém-descoberta como outra fonte rica em hormônios sexuais. Em troca do acesso às suas pacientes (ou melhor, às suas excreções), os médicos recebem o *Ovarnon* gratuitamente. Essa foi uma tática de *marketing* inovadora – no caso da insulina, por exemplo, o hormônio foi disponibilizado a preço de custo (OUDSHOORN, 1994, p.90). A distribuição de amostras grátis pela indústria farmacêutica a clínicos é internacionalmente disseminada até hoje, e sofre merecidas críticas de diversas esferas exatamente pelo questionamento ético dessa prática (OLDANI, 2002). Entretanto, essa crítica não estava organizada nesse momento, e pelo que pude averiguar, não causa grande impacto, talvez pelo fato apontado por Oudshoorn (1994, p.91) de que os ensaios clínicos do *Ovarnon* não tiveram resultados positivos.

A obsessão da medicina com o charlatanismo não foi um privilégio de Brown-Séquard ou Voronoff, e o ano de 1927 foi também o ano da fundação da Sociedade contra o Charlatanismo (*de Vereniging tegen Kwakzalverij*), formada por médicos holandeses denunciando “a anarquia das drogas” supostamente disseminada pela Holanda. Contudo, o *Ovarnon* não estava entre os medicamentos questionados, apesar de não conseguir provar sua

eficácia em ensaios clínicos. Antes de fazer essa crítica, porém, é preciso enfatizar que ensaios clínicos eram uma novidade no período, e não tinham o peso que têm hoje como prova definitiva da eficácia de um medicamento. Na verdade, não eram obrigatórios nem eram uma prática comum; a Organon os realizava como mais uma maneira de enfatizar sua cientificidade frente aos concorrentes, jogando para estes a pecha de charlatães. E mesmo na Organon, não eram tidos como essenciais, e sua realização era assunto de reuniões e diversas divergências internas.

Mas a Sociedade holandesa teve sua importância, sendo responsável pelo início de uma regulação institucional de fármacos, na qual a Holanda foi uma das pioneiras[112]. O marco nesse processo é a criação, ainda em 1927, do Instituto Governamental para Pesquisa Farmacoterapêutica, cujo objetivo era "investigar a composição, pureza e atividade farmacológica de medicamentos, desinfetantes e alimentos utilizados na cura de doenças" (OUDSHOORN, 1994, p.85, tradução livre[113]). Indo além, teria sido por conta dessa institucionalização do controle que a Organon optou por direcionar a promoção de seus produtos para a classe médica e não diretamente para a população[114].

À medida que a pesquisa sobre os hormônios sexuais se expande, outros dados vão surgindo, alguns bastante contraditórios no paradigma do dimorfismo sexual. Aos poucos, os cientistas vão percebendo, não sem resistência, que os hormônios que buscam compreender não seguem a dualidade que tanto agrada à sociedade. Em 1928, cientistas do laboratório de Laqueur admitem que tem algo de contraditoriamente "feminino" no homem. Entre os bioquímicos, surge uma incômoda percepção de que haveria uma "porcentagem" feminina nos homens, hormonalmente falando (OUDSHOORN, 1994, p.39). Inicia-se uma árdua caminhada rumo ao fim da especificidade de origem e função dos hormônios sexuais. Como encaixar esses resultados na ideia de dois sexos opostos e complementares?

Essa pergunta ainda viria a assombrar o campo da endocrinologia sexual por mais de uma década antes de ser finalmente resolvida. Porém, a pesquisa não para, e nem segue por uma única direção. Se descobrimos a estrutura química dos hormônios, acreditavam os

---

[112] Segundo Oudshoorn (1994, p.162, nota 3), a regulação foi institucionalizada nos EUA ainda no início do século XX, através do *Biologics Control Act*, de 1902, e do *Pure Food and Drug Act* de 1906. Em 1905, já havia uma instância específica na *American Medical Association* para estabelecer padrões para os fármacos, o *Council on Pharmacy and Chemistry*.

[113] No original: "to investigate the composition, purity, and pharmacological activity of drugs, disinfectants, and food, which are used in the cure of diseases".

[114] Apesar de seu pioneirismo na fiscalização e controle de qualidade institucionais de fármacos, os EUA são, ao lado da Nova Zelândia, os únicos países atualmente a permitir a promoção direta de medicamentos ao consumidor. Ver, entre outros, Angell (2009) e Oldani (2002).

cientistas do período, descobrimos também o que eles fazem em corpos masculinos ou femininos. Assim, 1929 foi um ano bem agitado para quem estuda hormônios sexuais. Três grandes laboratórios, em franca parceria com indústrias farmacêuticas locais, relatam o isolamento de um hormônio estrogênico cristalino da urina de cavalos e de mulheres grávidas. O primeiro a apresentar esses resultados foi Edward Doisy, o bioquímico americano, em parceria com Parke, Davis & Company no *15º International Physiology Congress* em Boston (o mesmo no qual esteve Voronoff). Dois meses mais tarde, o bioquímico alemão Adolf Butenandt, em parceira com Schering-Kalhbaum Company, divulga os mesmos resultados. No ano seguinte, em 1930, é a vez de Ernst Laqueur e a Organon apresentarem seu hormônio estrogênico finalmente isolado[115] (OUDSHOORN, 1994, p.71).

É também em 1929 que um famoso ginecologista do *Mount Sinai Hospital* em Nova York, Robert Frank, publica seu livro *The Female Sex Hormone*, que teve enorme impacto no campo. Dentre muitas informações relevantes, Frank afirma, com espanto, "que ele observou hormônios sexuais femininos nos corpos de homens 'cuja característica masculina e habilidade para engravidar mulheres' era inquestionada" (OUDSHOORN, 1994, p.27, tradução livre[116]). Frank chega a falar na possibilidade de "uma transição quantitativa e fluida" do homem para a mulher, lançando as bases para uma futura abordagem quantitativa do sexo (OUDSHOORN, 1994, p.38). A impossibilidade de assimilação dessa "descoberta" no paradigma binário da diferença sexual foi responsável pelo surgimento de diversas hipóteses que explicassem a anomalia sem romper com o paradigma. O próprio Frank defendia a "hipótese dietética", uma das mais fortes no campo, que argumentava que os hormônios sexuais femininos eram obtidos através da dieta, não sendo, portanto, produzidos pelos corpos masculinos. Assim, driblava a necessidade de explicar qual seria a função endógena desses hormônios no homem, haja visto que é um pressuposto da fisiologia que algo produzido pelo corpo terá necessariamente uma função. Em resposta a isso, também em 1929, S.E. de Jongh, um dos bioquímicos mais proeminentes na Escola de Amsterdam, afirma que os hormônios femininos provavelmente não teriam função no organismo masculino, porque sua concentração é muito baixa (OUDSHOORN, 1994, p.31). Um ponto relevante,

[115] Vale ressaltar que o isolamento laboratorial tem por função separar uma amostra livre de impurezas de uma dada substância, que aí poderá ser identificada e ter sua estrutura química definida. Porém, esse processo não é necessário para a comprovação nem da existência nem das funções orgânicas daquela substância. Assim, no final dos anos 1920, já era comprovada a existência e a atuação dos hormônios sexuais, ainda que não fosse possível descrever com precisão sua estrutura química, nem produzi-los sinteticamente em laboratório.

[116] No original: "that he had observed female sex hormones in the bodies of males 'whose masculine character and ability to impregnate females' were unquestioned".

várias vezes demarcado por Oudshoorn (1994), é (mais) uma desigualdade de gênero nas pesquisas: a informação que chocava era a presença de hormônio feminino em homens. O oposto era raramente citado, e parecia não causar tanto alvoroço.

Talvez na tentativa de minimizar esse impacto, e expandindo a hipótese dietética, Frank afirma em seu livro que o "princípio feminino" chamado de hormônio sexual feminino está presente em diversas coisas, como vegetais, órgãos, mulheres e homens (OUDSHOORN, 1994, p.43). Para entender essa ampla distribuição do "princípio feminino" hormonal, é necessário definir claramente o que eram considerados efeitos dos hormônios sexuais nesse momento da pesquisa. Assim,

> [n]as primeiras décadas do século XX, cientistas sugeriram que o rótulo "feminino" deveria ser anexado a substâncias que poderiam restaurar o organismo após a remoção dos ovários. [...] Teoricamente, qualquer característica ou função que tenha mudado no organismo após a remoção dos ovários, e que possa ser restaurada ao seu estado original pela administração de preparações que esperava-se que contivessem o "princípio feminino", poderia servir ao propósito de um ensaio biológico para o hormônio sexual feminino (OUDSHOORN, 1994, p.43-4, tradução livre[117]).

Analogamente, seguindo o paradigma binário,

> o rótulo de "hormônio sexual masculino" deve[ria] ser anexado a substâncias que pudessem induzir a recuperação do organismo após a retirada dos testículos. Teoricamente, qualquer característica que mudasse após a castração foi considerada adequada como um ensaio. (OUDSHOORN, 1994, p.49, tradução livre[118]).

Em ambas as citações, percebe-se como Oudshoorn associa a definição das funções dos hormônios ao que poderia ou não ser considerado um teste empírico de suas propriedades. Tal associação é muito pertinente, haja visto que os ensaios eram essenciais para a comprovação científica. Inclusive, a ausência de um padrão nesses ensaios compunha os males da falta de padronização que argumentei acima. Além disso, outra observação relevante é que até aqui estamos falando de ensaios biológicos – os químicos viriam logo a seguir, substituindo não apenas a forma privilegiada da ciência comprovar seus dados, como a importância relativa de determinados atores no campo da endocrinologia sexual. Nesse momento do jogo científico, os clínicos e seus ensaios biológicos são substituídos pelos ensaios laboratoriais dos bioquímicos. Por mais que gradual, essa mudança se faz imprescindível para quem deseja continuar acumulando capital científico – não nos

[117] No original: "In the early decades of the twentieth century scientists suggested that the label "female" should be attached to substances that could restore the organism after removal of the ovaries. […] In theory, any character or function that changed in the organism after the removal of the ovaries, and could be restored to its original state by the administration of preparations which were expected to contain the "female principle", could serve the purpose of a bio-essay for female sex hormone".

[118] No original: "The label "male sex hormone" should be attached to substances that could induce the recovery of the organism after removal of testes. In theory, any characteristic that changed following castration was considered suitable as an essay".

esqueçamos da importância que a utilização de um método ultrapassado teve na transformação de Brown-Séquard num charlatão.

Biológicos ou químicos, os ensaios precisavam ser padronizados. Na virada da década de 1920 para 1930, existia uma profusão inaceitável de testes sendo utilizados pelas diferentes disciplinas. Entre os ginecologistas, a comprovação da ação hormonal era o aumento do peso do útero de coelhas ovariectomizadas após administração de extratos de ovário, um ensaio biológico, como é esperado da clínica, que demonstra a importância da gravidez entre esses médicos. Essa escolha era criticada pelos cientistas de laboratório porque outras substâncias, como extratos de fígado, também podiam alterar o tamanho do útero. Entre fisiologistas e zoólogos, havia uma gama maior de testes, já que esses profissionais se preocupavam com diferentes aspectos da fisiologia animal. Assim, cada teste tinha um objetivo: para medir a duração da ação de preparações ovarianas, observava-se as mudanças na plumagem de galinhas; o crescimento de rudimentos mamários em ratos machos servia de indicador de quantidades muito pequenas de hormônio em preparações ovarianas, por exemplo. Outros testes observavam o crescimento da vulva e das glândulas mamárias em ratas infantis, ou a atividade muscular, o metabolismo basal e os níveis de cálcio e açúcar no sangue de ratos e de mulheres. Uma disciplina que iria ganhar destaque no campo na segunda metade do século XX já começa a aparecer aqui: William C. Young, psicólogo comportamental na Universidade de Chicago, usava o comportamento reprodutivo como teste específico para os hormônios sexuais femininos, partindo da observação que a ovariectomia impedia o cio, mas este podia ser restaurado injetando preparações ovarianas. (OUDSHOORN, 1994, p.44-5).

Na pesquisa com hormônios sexuais masculinos, também surgiram diferentes possibilidades, com uma diferença já esperada. “Notavelmente, o desenvolvimento de testes para os hormônios sexuais masculinos envolveu menos debate do que o desenvolvimento de testes para hormônios sexuais femininos” (OUDSHOORN, 1994, p.49, tradução livre[119]). A justificativa para a desigualdade de gênero nesse caso se apoiou na ideia de que o principal teste usado no caso masculino, o teste da crista de galo, é considerado a primeira prova de função endócrina, relatado pela primeira vez pelo fisiologista alemão Berthold nos idos 1849. Bastante simples, esse teste consistia na medição da crista do galo após a retirada dos testículos, que perceptivelmente diminui. Seguindo a prosopopeia frequente na biologia, Marius Tausk, outro pesquisador no Conselho Diretor da Organon, descrevendo a história de sua empresa, afirma anos depois que “O galo exibe uma crista, que é, por assim dizer, uma

[119] No original: “Remarkably, the development of testes for male sex hormones involved less debate than did the development of tests for female sex hormones”.

bandeira que é içada para anunciar a presença de seus testículos às galinhas. Na remoção dos testículos, a bandeira é abaixada: a crista atrofia e o galo tornou-se um capão" (TAUSK, 1978, p.54 *apud* OUDSHOORN, 1994, p.49, tradução livre[120]). Ou seja, a crista cumpre o papel de provar a virilidade do galo, novamente conectando a presença dos testículos a um atestado de virilidade do macho.

Mas a fácil aceitação do teste da crista do galo não impedia a existência de outros. Assim, os fisiologistas utilizavam testes baseados em mudanças na deposição de gordura, comprimento e peso do corpo e crescimento de pelos em camundongos e porquinhos-da-índia, mas que foram considerados inconvenientes, pois não respondiam rapidamente à castração ou ao tratamento hormonal. Psicólogos também desenvolveram testes a partir do comportamento no acasalamento, como entre as fêmeas. Os bioquímicos preferiam o teste da crista de galo, e o laboratório de Laqueur chega a introduzir uma técnica fotográfica que facilitava muito a comparação do tamanho da crista antes e depois do tratamento. Se tinha a inconveniência envolvendo o espaço necessário para manter os galos (basta imaginar um galinheiro num espaço laboratorial), era de fácil visualização e relativamente rápida a mudança na crista, além do fato de que os animais podiam ser reutilizados. Os biólogos experimentais do Departamento de Zoologia da Universidade de Chicago Carl Moore e Dorothy Price propuseram testes que envolviam os órgãos sexuais acessórios de ratos, camundongos e porquinhos-da-índia machos, práticos pela rapidez dos efeitos. Um deles focava o crescimento da vesícula seminal de ratos e camundongos castrados (teste da vesícula seminal), pesada antes e depois da administração de extratos de testículos, que tinha a vantagem da rapidez da mudança, além dessas cobaias serem de mais fácil armazenamento do que galos (OUDSHOORN, 1994, p.51-2).

O consenso acerca de quais são os testes mais efetivos ainda demoraria alguns anos, já que passava por uma disputa mais ampla por capital científico. Frank não deixa de mencionar no *The Female Sex Hormone* a polêmica envolvendo a baixa qualidade das preparações ovarianas produzidas pela indústria. Tal crítica era frequente, e é na tentativa de melhorar a qualidade dessas preparações que cientistas do calibre de Zondek e Frank se voltam para a pesquisa de base, buscando eles mesmos desenvolver novas técnicas, de maior qualidade, para esses compostos, e aumentando o trânsito entre universidade, clínica e indústria.

[120] No original: "The rooster wears a comb, which is, so to speak, the flag that is hoisted to announce the presence of his testes to the hens. On removal of the testes the flag is lowered: the comb atrophies and the rooster has become a capon".

Entretanto, alguns personagens dessa história iriam migrar de um domínio para outro, ou mesmo atuar simultaneamente em mais de um. É o caso de Zondek, que, em 1930, trabalhando no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do *City Hospital* de Berlim, postula a existência dos "hormônios gonadotrópicos", sugerindo que o "motor da função sexual" está localizado numa parte específica da hipófise, que produz duas substâncias químicas separadas, considerados "hormônios mestres", que induzem as gônadas a produzir os hormônios sexuais (OUDSHOORN, 1994, p.33). Assim, surgem as primeiras formulações do que viria a ser conhecido como o eixo neuroendócrino, a base da endocrinologia como a conhecemos (atualmente, fala-se num eixo neuro-imuno-endócrino, incluindo a mediação do sistema imune nesse processo)[121].

Em 1930, porém, o eixo não estava descrito muito claramente, mas os achados de Zondek iriam abrir uma nova linha de investigação que conectava o cérebro às gônadas na produção dos hormônios. A importância simbólica disso é apresentar mais um ponto de deslocamento das gônadas como agentes de masculinidade e feminilidade, uma vez que o sistema nervoso passa a ter função nesse processo. Alguém poderia argumentar que não é assim tão nova a atuação do cérebro na diferença sexual, e que os hormônios gonadotrópicos representam uma retomada simbólica do período de regulação nervosa dos sexos. De fato, o cérebro ganhará uma enorme importância na endocrinologia sexual no pós-guerra, e o eixo neuroendócrino pode ser lido como uma conciliação entre a proposta de uma regulação nervosa e a química. Porém, a meu ver, a questão é menos o cérebro (ou os "nervos") em si, mas uma diminuição no escopo do problema, um *zoom*, que transfere de órgãos (ovários e testículos) para moléculas (hormônios sexuais) o fator de diferença. O lugar desses hormônios como mensageiros químicos torna de certa forma irrelevante o órgão sobre o qual eles atuam; o agente da diferença sexual continua sendo hormonal.

De toda forma, em 1930, os hormônios gonadotrópicos eram ainda muito experimentais, e o campo tinha problemas mais concretos, como a velha questão da obtenção de matéria-prima. Assim, data desse mesmo ano uma carta de Laqueur para o Ministério de Defesa holandês e para diretores de presídios pedindo permissão para a Organon coletar urina em quartéis e penitenciárias. A justificativa girava em torno da hiperplasia prostática, tratada

[121] O eixo neuroendócrino é uma teoria bastante elegante, que constrói uma fórmula que é plenamente aplicável às diferentes glândulas endócrinas e seus hormônios. A ideia se baseia numa comunicação direta, regulada por *feedback* retroativo, entre o hipotálamo, a hipófise e a glândula endócrina. No caso dos hormônios sexuais, funcionaria da seguinte maneira: o hipotálamo produz um hormônio, o GnRH (sigla em inglês para hormônio liberador de gonadotrofina), que estimula a hipófise a liberar os hormônios gonadotrópicos ou gonadotróficos FSH (hormônio folículo-estimulante) e o LH (hormônio luteinizante), que por sua vez, irão atuar nas gônadas para produzir os hormônios sexuais.

como um grave problema de saúde no homem, já adiantando o que viria a ser a principal indicação terapêutica dos hormônios sexuais masculinos (OUDSHOORN, 1994, p.77). Apesar disso, e demonstrando como a pesquisa não segue por linhas retas, nesse mesmo ano, no mesmo laboratório de Laqueur, John Freud relata que a quantidade de hormônio masculino na urina de homens doentes é muito menor que na urina de homens saudáveis, inviabilizando economicamente a obtenção de urina como matéria-prima para o isolamento do hormônio masculino (OUDSHOORN, 1994, p.76). O achado de Freud, associado à ausência de uma clínica para homens nos moldes da ginecológica, têm graves consequências na pesquisa dos hormônios sexuais masculinos, apontadas como razões para sua lentidão se comparada à feminina.

Seguindo nossa história, em 1931, um ginecologista alemão chamado Siebke é o primeiro a publicar resultados demonstrando a presença de hormônios masculinos em fêmeas. Como mencionei acima, a discrepância entre o número de publicações relatando a presença de hormônios femininos em machos e a presença de hormônios masculinos em fêmeas é grande demais para ser considerada ocasional.

Falando em publicações, é nesse mesmo ano que Marius Tausk, da Organon, funda o jornal *Het Hormoon*, publicado pela indústria, para divulgar seus produtos para médicos clínicos, além das principais novidades da pesquisa no campo, fortalecendo seu caráter científico. Os resultados do laboratório de Laqueur passam a ser amplamente divulgados no periódico, e o próprio Marius Tausk escrevia (anonimamente) muitos dos artigos publicados. Aqui, dois pontos chamam atenção: primeiro, o papel da indústria como a principal fonte de informação sobre inovações científicas entre os clínicos, que levará à discussão atualíssima sobre o conflito de interesses e os problemas de uma clínica educada pela indústria, com seus inegáveis interesses financeiros; segundo, o hábito de Tausk de publicar artigos apócrifos pode ser visto como um prenúncio de uma prática da indústria, carente de legitimidade científica, que, em certa medida, culminará no que chamamos hoje da política de *ghost writers*, ou seja, pesquisadores que assinam artigos escritos pela própria indústria, num escambo entre o capital científico de seus nomes e o capital financeiro da indústria.

O fato é que essa relação é bastante produtiva, e, em janeiro de 1931, a Organon lançou a primeira preparação padronizada de hormônio sexual masculino, o *Hombreol*, do qual não se esperava um grande sucesso comercial devido aos fantasmas de Brown-Séquard e do "caso da glândula de macaco". Nesse mesmo ano, o novo produto foi colocado à disposição de psiquiatras para testes clínicos para depressão, melancolia e esquizofrenia, mas estes foram pequenos e sem grandes resultados. Cumprindo as expectativas, as vendas foram

fracas, justificadas pela baixa qualidade do produto e pelos resultados negativos dos poucos ensaios clínicos realizados (OUDSHOORN, 1994, p.99-103).

Mas o acontecimento mais importante do ano de 1931 para a nossa história foi, sem dúvida, a divulgação de que o bioquímico alemão Adolf Butenandt havia isolado 50mg de uma substância cristalina da urina de homens, que nomeia como "androsterona", julgando ser o principal hormônio sexual masculino. Para tal, foram utilizados 25.000 litros de urina obtidas de quartéis da polícia em Berlin (OUDSHOORN, 1994, p.76). É o primeiro hormônio sexual masculino isolado, mas ainda não é a testosterona, que só seria isolada quatro anos mais tarde.

Nem só de isolamentos químicos vive o campo, e a "descoberta" da androsterona traz outra preocupação que vai se tornando cada vez mais difícil de ignorar: os cientistas sabiam que havia hormônios masculinos em organismos femininos e vice-versa. Como sustentar a dupla especificidade dos hormônios sexuais com essa observação? Faz sentido insistir na classificação "masculino" e feminino"? Um pequeno detalhe nesse mesmo ano de 1931 nos dá uma dica do avanço desse problema. Aparece, no *Quarterly Cumulative Index Medicus*, um artigo que traz, no título, o termo "hormônio ambissexual" ao invés de masculino ou feminino (OUDSHOORN, 1994, p.158, nota 25). As hipóteses levantadas até agora ainda davam conta de manter a classificação, principalmente porque não havia um grande interesse em mudá-la. Mas era evidente que as bases dessa divisão estavam ruindo – em 1932, a bioquímica Elisabeth Dingemanse, da Escola de Amsterdam, confirma a presença de hormônio masculino em fêmeas.

Mesmo resultados que pareciam não ter a ver diretamente com essa questão contribuem para ela, explicitando o processo de substituição de paradigmas nos termos descritos por Kuhn (1998). Assim, em 1932, Moore e Price postulam um sistema de *feedback* entre as gônadas e a hipófise, montando mais uma peça do eixo neuroendócrino. Na verdade,

> eles sugeriram que os efeitos inibidores dos hormônios sexuais femininos sobre as características sexuais masculinas não poderiam ser entendidos em termos de efeito antagonista direto sobre as gônadas masculinas, mas sim em termos de um efeito depressor dos hormônios sexuais femininos pelas gônadas (OUDSHOORN, 1994, p.33, tradução livre[122]).

Trocando em miúdos, o que os biólogos estadunidenses afirmaram é que o hormônio sexual feminino não atua diretamente sobre os testículos, impedindo a produção de hormônios masculinos; ao contrário, são os testículos que produzem um efeito depressor dos hormônios

[122] No original: "they suggested that the inhibiting effects of female sex hormones on male sexual characteristics could not be understood in terms of direct antagonistic effect on the male gonads, but rather in terms of a depressing effect of female sex hormones by the gonads".

sexuais femininos. O que está implícito nessa afirmação é que o corpo masculino de fato produz hormônios sexuais femininos. Na melhor das hipóteses, levanta a pergunta de onde viriam esses hormônios femininos regulados pelo testículo, e é pouco convincente o argumento de que os organismos teriam desenvolvido uma alça fisiológica de *feedback* para impedir as ações de algo obtido pela dieta. Da mesma forma, faria pouco sentido evolutivo que o corpo tivesse desenvolvido um mecanismo dessa magnitude se não houvesse nenhum efeito endógeno desses hormônios no corpo do homem. Para Oudshoorn (1994), é um rompimento com o rígido paradigma binário que conduzia a endocrinologia sexual até então, levando ao fim da especificidade, ao menos de origem, dos hormônios sexuais. A meu ver, ainda precisam de alguns outros fatores para que essa questão seja definitivamente resolvida, mas as anomalias vão se acumulando num ritmo vertiginoso.

Em 1932, a indústria continua de vento em popa. É nesse ano que a Organon organiza um primeiro ensaio clínico de larga escala do *Menformon*, inaugurando o inovador método de duplo-cego (OUDSHOORN, 1994, p.94). É interessante acompanhar os avanços em paralelo no desenvolvimento dos ensaios clínicos, que irão se tornar a única forma aceita de lançar um medicamento no mercado no final do século. Ao descrever os transplantes de testículos, por exemplo, David Hamilton, escrevendo nos anos 1980, irá em diversos momentos de seu livro afirmar que só era possível ter resultados positivos em tais cirurgias porque não havia a utilização dos métodos clínicos de duplo cego randomizado, e Voronoff e seus colegas "inconscientemente" selecionavam os indivíduos evidentemente mais aptos. Aproveitando o gancho, é também nesse ano que Tausk publica no *Het Hormoon* os efeitos do hormônio sexual masculino na hiperplasia prostática, promovendo o uso do medicamento entre urologistas (OUDSHOORN, 1994, p.100). A estratégia de focar a indicação de hiperplasia prostática, como já falei, era uma maneira deliberada de evitar a inevitável associação com Voronoff (e, ainda, com Brown-Séquard). Nesse processo, ao contrário do que acontece com os hormônios femininos, o campo ignora qualquer resultado, por mais promissor que fosse, relativo à performance sexual ou qualquer coisa que soasse ligeiramente parecida com uma possibilidade de rejuvenescimento.

Um último evento merece destaque em 1932. Foi nesse ano que ocorreu a *1st Conference on Standardization of Sex Hormones*, para finalmente decidir a questão dos testes que seriam internacionalmente aceitos. Por mais que o problema da nomenclatura continuasse rondando a pesquisa, um paradigma não se dissolve com facilidade, e a Conferência fica restrita à padronização dos testes. A decisão final já dá dicas de quem têm predominância no campo nesse momento: escolhe-se o teste do esfregaço vaginal, de Allen e Doisy, como forma

de padronizar as substâncias que poderiam ser consideradas hormônios femininos (chamados, na Conferência, de "hormônios produtores de œstrus"). Ou seja, serão hormônios sexuais femininos apenas as substâncias que forem capazes de reproduzir as mudanças epiteliais na vagina características do œstrus (OUDSHOORN, 1994, p.47). Dessa decisão, conclui-se que (I) os cientistas de laboratório claramente têm maior influência no campo do que os clínicos, a julgar pela escolha do seu método em detrimento de outros, e (II) as funções dos hormônios sexuais femininos, em evidente oposição aos masculinos, estão restritas ao aparelho reprodutor. Aliás, os testes para os hormônios masculinos só vieram a ser padronizados na segunda conferência, o que confirma a observação de Oudshoorn (1994) de que causavam menos polêmica, uma vez que o teste da crista de galo seguia quase que universalmente aceito.

Comparado a 1932, o ano de 1933 é bem menos importante na história dos hormônios sexuais. Um pequeno evento demonstra que o atraso em relação ao hormônio masculino aparece mesmo nos detalhes: foi só agora que os hormônios masculinos foram classificados como esteroides, seguindo o caso feminino (OUDSHOORN, 1994, p.29). A novela da nomenclatura dos hormônios segue e, nesse ano, é utilizado pela primeira vez o termo "assim chamado (*so-called)* hormônio sexual feminino" no título de uma publicação indexada no *Quarterly Cumulative Index Medicus* (OUDSHOORN, 1994, p.158, nota 25). A presença de hormônios femininos em homens, e vice-versa, leva a tratamentos experimentais que ficaram conhecidos como "tratamentos hormonais paradoxais", como no relato do médico alemão W. Petterson sobre o uso de hormônios sexuais para tratar doenças de pele crônicas (OUDSHOORN, 1994, p.106). Com isso, fica explícito que a especificidade de função dos hormônios também estava ameaçada como a de origem, mas, simultaneamente, que o binarismo seguia como norma (caso contrário, ninguém iria considerar que o tratamento fosse paradoxal).

Do marasmo de 1933, o ano de 1934 trouxe profundas reviravoltas. Zondek publica, na *Nature*, o artigo intitulado "*Mass excretion of œstrogenic hormone in the urine of the stallion*". Agora trabalhando no Instituto de Bioquímica da Universidade de Estocolmo (o que demonstra seu afastamento da clínica e da ginecologia em direção ao laboratório e à bioquímica), o alemão descreve seus achados da seguinte maneira:

> Curiosamente, como resultado de mais investigações, parece que, também na urina do garanhão, quantidades muito grandes de hormônios estrogênicos são eliminadas...Eu encontrei esta excreção massiva de hormônio apenas no cavalo e não na égua. A determinação do teor de hormônio, portanto, faz o reconhecimento hormonal do sexo possível na urina do cavalo. A este respeito, encontramos o paradoxo de que o sexo masculino seja reconhecido por um elevado teor de

> hormônio estrogênico. (ZONDEK, 1934 *apud* ODSHOORN, 1994, p.25-6, tradução livre[123]).

A agonizante especificidade dos hormônios torna-se de impossível sustentação. O artigo de Zondek cai como uma bomba num campo que já vinha a quase uma década tentando ignorar esse tipo de resultado. Era agora inegável a existência do que passou a ser chamado de "hormônios heterossexuais" (uma ironia aos nossos olhos, totalmente despercebida na época), ou seja, hormônios femininos em homem ou masculinos em mulheres. No último caso, não surpreendentemente, causaram bem menos impacto. Não obstante a negação do binarismo, a afirmação de Zondek, no mesmo artigo, de que o tecido mais rico em hormônio estrogênico é o testículo do garanhão – logo do garanhão, dentre todos os animais! – é sem dúvida chocante para os cientistas da época. O impacto desse artigo (que, repito, não era nenhuma novidade; os hormônios heterossexuais já haviam sido demonstrados em diversas pesquisas antes) é dependente também da posição de enorme destaque ocupada por Zondek, um dos principais atores na endocrinologia sexual.

Na sequência, a Escola de Amsterdam admite que, em 1928, John Freud e de Jongh observaram o crescimento de vesículas seminais em ratos castrados depois da administração de hormônios femininos, mas ignoraram o resultado, que supostamente estava dentro da margem de erro. O alemão Loewe também lembrou que viu o mesmo, mas atribuiu à presença de pequenas quantidades de hormônio masculino no extrato de ovário utilizado, e era sabido que os extratos, não-padronizados, eram pouco confiáveis e continham alto índice de impurezas. Por mais que eu use palavras que põem em xeque a súbita (e oportuna) mudança nos discursos, como discuti no capítulo anterior, por mais óbvio que seja, os cientistas têm dificuldade de visualizar e interpretar dados que contradizem radicalmente o paradigma vigente, vide o caso dos órgãos genitais invertidos na mulher.

E não é como se, ao admitir a existência dos hormônios heterossexuais, o paradigma tivesse se desfeito de uma vez. Pelo contrário, surgiram ainda novas hipóteses e teoremas para tentar explicar o que não cabia de jeito algum na teoria vigente. A hipótese dietética de Frank ainda estava em voga, e surgem, nesse ano, resultados demonstrando que uma dieta sem estrogênio aplicada a um homem jovem reduziu a apenas três unidades de camundongo por dia a excreção do hormônio na urina e nas fezes do rapaz (OUDSHOORN, 1994, p.27). A Escola de Amsterdam admite sim o crescimento das vesículas seminais com o uso de

[123] No original: "Curiously enough, as a result of further investigations, it appears that in the urine of the stallion also, very large quantities of œstrogenic hormone are eliminated…I found this mass excretion of hormone only in the male and not in the female horse. The determination of the hormone content, therefore, makes hormonic recognition of sex possible in the urine of a horse. In this connexion we find the paradox that the male sex is recognized by a high œstrogenic hormone content".

hormônios femininos, mas rapidamente apresenta uma diferença: o hormônio masculino aumentava o crescimento da parte epitelial das vesículas, ao passo que o feminino, as não-epiteliais (OUDSHOORN, 1994, p.31).

Mais importante para o futuro da bioquímica endócrina é a hipótese que propõe a conversão endógena dos hormônios sexuais. A essa altura, já era perceptível que havia grande homologia estrutural entre os hormônios, e que as gônadas produziam ambos. Assim, a "teoria da conversão" será amplamente difundida entre os bioquímicos. Contudo, por mais adequada aos valores científicos atuais que seja quando comparada às outras, essa teoria também tinha o potencial de manter o binarismo, e até inferia um certo "excesso viril": a presença de hormônios femininos no homem se dava pela conversão do excesso de hormônio masculino em seu correspondente feminino (OUDSHOORN, 1994, p.28). A partir da teoria da conversão, Zondek propôs a "hipótese gonadal" dos hormônios heterossexuais, mais próxima do que defende atualmente a ciência.

Para outros cientistas, como os biólogos britânicos Nancy e Robert Callow e Alan Parkes, do *National Insitute for Medical Research* de Hampstead, em Londres, a explicação para a presença dos hormônios heterossexuais estava em outra glândula. Segundo sua "hipótese adrenal", os corpos masculinos seriam sim capazes de produzir autonomamente hormônios femininos, porém não nas gônadas, mas na adrenal. Para Oudshoorn (1994, p.28), essa hipótese, que ainda é válida nos dias atuais, mantém o binarismo sexual intacto, já que propõe uma produção extra-gonadal; os testículos e ovários continuam, portanto, produzindo apenas os hormônios de seus respectivos sexos.

Assim, os hormônios heterossexuais foram relatados de forma definitiva por ginecologistas e biólogos, mas foram explicados de forma satisfatória pelos bioquímicos, o que diz muito sobre a posição relativa de cada disciplina no campo. Tanto que, ainda em 1934, de Jongh, da Escola de Amsterdam, cita os hormônios heterossexuais (em homens), mas afirma que suas funções ainda não estavam claras – só seria possível resolver o enigma a partir do isolamento químico dessas substâncias (OUDSHOORN, 1994, p.28-9). Com isso, deixa evidente que a resposta definitiva viria de sua disciplina, a bioquímica.

Aliás, não caberia à bioquímica apenas o isolamento dos hormônios, e a definição de sua estrutura química. Uma vez tendo resolvido esses pontos, é um papel da pesquisa (e da indústria) as transformações moleculares que aumentarão suas características terapêuticas. Essa ideia de modelagem molecular, que viria a ser um procedimento comum e necessário na farmacologia atual, era ainda uma novidade em 1934. Nas palavras de Tausk, da Organon,

> Foi-se o tempo em que os hormônios eram substâncias míticas. Cada vez mais nos informamos sobre a estrutura química desses importantes elementos do organismo, e a ciência não só introduz a produção sintética de hormônios, mas também constrói transformações na molécula, a fim de melhorar a atividade das substâncias naturais. (TAUSK, 1934, p.46 *apud* OUDSHOORN, 1994, p.78, tradução livre[124]).

As transformações moleculares às quais Tausk se refere nessa citação são as esterificações das preparações de testículo. A esterificação, reação química que produz um éster[125], uma comum função orgânica, é largamente utilizada hoje em dia na produção de medicamentos à base de testosterona. A pesquisa envolvendo os hormônios masculinos seguia com algum sucesso em 1934, dentro dos limites de sua comercialização, e desde que focada no tratamento da próstata. Nesse mesmo ano, Laqueur publicou no *Het Hormoon* que os ensaios clínicos nos casos de hiperplasia prostática eram muito promissores, indicando que em dois terços dos casos houve melhora significativa (OUDSHOORN, 1994, p.100).

Em relação ao feminino, uma nova descoberta iria movimentar ainda mais o já lucrativo mercado dos hormônios sexuais. Também em 1934, diferentes grupos de pesquisa relatam o isolamento, a partir de ovários animais, de um segundo hormônio sexual feminino, originado de outra parte do ovário (corpos lúteos), a progesterona (OUDSHOORN, 1994, p.34). Tal descoberta acaba sendo outro choque no paradigma binário, pois rompe com a ideia de um hormônio por sexo – entre os femininos, existem pelo menos dois, abrindo espaço para o questionamento de quantos mais existiriam, e o que cada um faz no corpo. Logo de início, já surge uma discordância: para de Jongh, a progesterona seria o hormônio "mais feminino" dentre os femininos, porque o bioquímico considerava que esse era de fato específico em origem (só mulheres teriam progesterona, o que sabe-se ser uma premissa falsa atualmente); inversamente, para Klein e Parkes, a progesterona seria o mais masculino dos dois hormônios femininos, pois sua função era muito similar aos hormônios sexuais masculinos.

Quanto mais novas "descobertas" surgem, mais confusas soam as funções dos diferentes hormônios e seus potenciais usos terapêuticos, especialmente para quem não está diretamente envolvido na pesquisa. Consequentemente, mais aumenta a desconfiança da efetividade das preparações da indústria. Para minimizar os questionamentos, é organizada,

---

[124] No original: "The time has passed in which hormones were mythical substances. More and more we become informed about the chemical structure of these important elements of the organism, and science not only introduces the synthetic production of hormones, but also constructs transformations in the molecule, in order to improve the activity of the natural substances".

[125] A esterificação é um processo químico simples que consiste na reação de um ácido carboxílico com álcool produzindo éster e água. Algo bastante comum na química orgânica, inclusive acontecendo de forma espontânea na natureza, a esterificação não deve ser pensada como uma especificidade da molécula da testosterona, mas sim como uma dentre diversas modificações que são feitas numa molécula para aumentar seus efeitos terapêuticos ou diminuir sua toxicidade, como é característico da pesquisa farmacológica. Ver Solomons & Fryhle, 2001, p.56.

em 1935, a *2nd Conference on Standardization of Sex Hormones*, focada na padronização da terminologia e no teste-padrão para o segundo hormônio sexual feminino. Decide-se pelo nome progesterona, e pelo teste da proliferação do endométrio da coelha, introduzido pelo anatomista estadunidense George Washington Corner. Sobre os hormônios masculinos, finalmente é estabelecido que o teste-padrão é o já consensual teste da crista da crista de galo, medido em unidades de galo (*rooster*) ou capão (*capon*), de forma bem mais harmoniosa do que com os hormônios femininos (OUDSHOORN, 1994, p.48-9). Mas as disputas internas do campo não deixam de surgir mesmo no caso masculino, e a mesma conferência também aceita como padrão o teste da vesícula seminal de Moore e Price. Assim, após a conferência, foram considerados hormônios sexuais masculinos "aquelas substâncias [que induzem] o crescimento da crista de galos castrados, *bem como* o crescimento de vesículas seminais em ratos e camundongos" (OUDSHOORN, 1994, p.52, tradução livre[126], grifo nosso). E todo mundo saía satisfeito.

Mas 1935 assistiu ao incômodo crescente com o paradigma da dupla especificidade hormonal, que agonizava, mas ainda sobrevivia. Sir Henry Dale, presidente da conferência de padronização, descreve de forma contundente a vantagem dos métodos químicos, mais precisos, frente aos biológicos (animais), mais falhos e mais caros (OUSHOORN, 199, p.48). E Dale não era o único. Ainda nesse ano, Laqueur rejeita a ideia do antagonismo sexual de Heape, que define como "bastante improvável" (*rather unlikely*) de acordo com os conhecimentos químicos que o campo possuía naquele momento (OUSHOORN, 1994, p.32). Oudshoorn (1994) chama atenção como essa ideia de sexos antagônicos estava sofrendo ataques em diferentes áreas da ciência – é também em 1935 que a antropóloga Margaret Mead publica seu famoso *Sex and Temperament*, defendendo que a masculinidade e a feminilidade são distribuídas aleatoriamente na natureza, sendo a sociedade que determina seus atributos a cada um dos sexos de forma mutuamente excludente. Na psicologia, continua a autora holandesa, desde 1925, os conceitos de "masculinidade" e "feminilidade" constituem um objeto privilegiado de pesquisa, especialmente a noção da diferença sexual.

Nessa busca de quais características devem ser consideradas masculinas ou femininas, um grupo recebe uma atenção especial: os homossexuais. O médico de Los Angeles Clifford Wright descreveu, em 1935, a etiologia hormonal da homossexualidade. Já estava claro que ambos os hormônios estão presentes na urina de ambos os sexos, apontando para a presença de ambos em corpos "normais" – lembrem-se que Frank fez questão de atestar a capacidade

[126] No original: "those substances, inducing the growth of the comb of castrated roosters as well as the growth of seminal vesicles in rats and mice".

de engravidar mulheres dos homens por ele estudados. Assim, os cientistas iam aos poucos se convencendo que a diferença sexual era uma questão de quantidade de hormônios masculinos e femininos. O raciocínio lógico nesse período é que tais valores estariam "invertidos" em homossexuais (OUDSHOORN, 1994, p.57). A sexologia, desde a virada do século XIX para o XX, considera a homossexualidade uma "inversão sexual", sendo esse o nome oficial do diagnóstico (sic) nas primeiras décadas do século XX.

Contudo, até então, a inversão era apenas empírica; parecia óbvio que aqueles homens[127] tinham algo de feminino em si que os fazia agir daquela maneira. O surgimento de uma teoria hormonal da homossexualidade, junto com os testes de medição de hormônio, possibilitou a passagem das intervenções cirúrgicas (enxerto/transplante de gônadas), como as feitas anos antes por Steinach, para tratamentos hormonais da homossexualidade, considerada agora um desequilíbrio endócrino. No próximo capítulo, voltarei à questão do tratamento hormonal de homossexuais masculinos, uma das primeiras tentativas científicas de "cura gay".

É finalmente em 1935 que a protagonista de nossa história entra em cena. Nesse ano, a Escola de Amsterdam relata o isolamento de 15mg de uma substância pura a partir de toneladas de testículos de touro. Laqueur e seus colegas a identificam e nomearam como testosterona (OUDSHOORN, 1994, p.104; p.161, nota 16). Reparem que o processo repete o que aconteceu no caso feminino: o sucesso do isolamento de hormônios a partir da urina leva a uma retomada das gônadas como fonte prioritária e principal local de produção de hormônios sexuais. Rapidamente, a nova substância será sintetizada nos laboratórios da indústria e disponibilizada no mercado. Os usos terapêuticos da testosterona serão assunto dos próximos capítulos, assim como a continuação das idas e vindas da pesquisa hormonal nesse processo de estabilização de um novo paradigma para a endocrinologia sexual, no qual a diferença entre homens e mulheres deixa de ser qualitativa para se tornar quantitativa.

Olhando a história dos hormônios sexuais nesse período entre guerras, percebemos como as explicações e métodos químicos substituem os biológicos ou clínicos, indicando uma mudança de predominância no campo. Ao longo da segunda metade do século XX, essa tendência se aprofunda, e é preciso destacar que essa é uma mudança na medicina como um todo. Cada vez mais, o consultório será um local de aplicação de inovações da pesquisa; ocupará um espaço empírico para a teoria postulada no laboratório.

---

[127] Havia pouquíssimos estudos sobre a homossexualidade feminina até esse período, confirmando a ideia de uma invisibilidade lésbica que seria defendida anos depois pelo movimento social.

Essa dependência laboratorial fica expressa pelo destaque que a indústria farmacêutica ganha nesse período. Torna-se comum nas publicações científicas os agradecimentos à indústria pela obtenção de matérias-primas e, em última instância, pela viabilidade dos experimentos que produzirão as inovações do campo. A coprodução entre indústria e laboratório, e sua extensão até a clínica, são marcas desse período. Porém, precisamos ter em mente que não é apenas a indústria farmacêutica que ganha destaque nessa década – é um processo mais amplo de industrialização no mundo. Compreender esse contexto geral faz-se necessário para evitar a cômoda acusação dos desmandos da indústria farmacêutica sobre a medicina. Estamos falando de um mundo que se industrializa, e o faz frequentemente em parceria estreita com a pesquisa científica. O deslocamento da produção de conhecimento do consultório médico para a universidade e dessa para a indústria repete um modelo aplicável em outras áreas do saber/fazer. Uma antiga manufatura local será cientificizada na universidade, e os novos conhecimentos assim produzidos irão ser replicados em massa dentro das indústrias. Não é, portanto, nenhuma exclusividade da indústria farmacêutica.

Outro ponto que merece destaque é o lento processo de molecularização que caracteriza a ciência pós Iluminismo. As explicações mais holistas do corpo vão desaparecendo, relegadas ao charlatanismo, ou sobrevivendo como terapêuticas "alternativas", que frequentemente serão também reduzidas a práticas charlatães, como é o caso da homeopatia. De uma medicina que olha o corpo como uma totalidade, passa-se a uma medicina dos órgãos, muito a partir da dessacralização do corpo que possibilita abri-lo e separar suas partes, como feito pela anatomia e pela patologia. Os órgãos passam a ser também separados em partes menores, os tecidos, e a pesquisa avança para um nível histológico. O século XIX produz o microscópio ótico, possibilitando o surgimento de uma teoria celular. Nessa passagem, crescem as preocupações com a função e composição de diferentes secreções do corpo, tanto externas, como urina, sêmen, saliva ou suor, quanto internas, como as secreções endócrinas. Há na sequência um avanço em direção às pequenas substâncias químicas presentes nessas secreções, a partir dos avanços da (bio)química que foram tão centrais na endocrinologia e na história dos hormônios. Mais uma vez, não podemos perder de vista a amplitude desse processo de molecularização na história do século XX, conforme descrito por Nikolas Rose (2013), que irá argumentar como esse processo é apresentado como uma consequência natural do progresso científico.

Porém, esse processo de molecularização tem ainda um componente simbólico. Como observado por Healy (1997), a ideia de uma transmissão ou regulação nervosa "de alguma forma parece mais vitalista, ou coerente com uma identidade espiritual em algum sentido, do

que o ideal de reações químicas" (HEALY, 1997, p.145, tradução livre[128]). A passagem para a regulação química é, portanto, anti-vitalista, rompendo definitivamente com o resquício de uma "força vital" metafísica no corpo, que pode ser plenamente decomposto e recomposto em laboratório.

Identificar as substâncias é um processo eminentemente químico. A identificação, que envolve a definição da estrutura química da substância em questão, é decorrente de seu isolamento laboratorial. Uma vez plenamente identificada, além de possibilitar a comparação com outras substâncias que se acredita estarem funcionalmente relacionadas, permite-se também a produção sintética de tais moléculas. Indo além, permite a adição de alterações químicas na molécula original visando seu aprimoramento, o que fornece as bases da farmacologia moderna. Com isso, aumenta-se o potencial terapêutico das substâncias, assim como minimiza-se os danos ao organismo causadas por elas. Nesse processo, uma substância se converte em um princípio ativo, e abre-se as portas para a comercialização e para as diferentes aplicações terapêuticas. Vejamos a seguir como isso se deu com a testosterona.

[128] No original: "somehow seems more vital, or consistent with spiritual identity in some sense, than does the ideal of chemical reactions".

4 DESVIANTES QUÍMICOS, DEFORMADOS CEREBRAIS, INADEQUADOS GENITAIS

Um dos primeiros e mais legitimados usos tônicos/estimulantes da molécula de testosterona nos anos 1940 foi na possibilidade de "cura do homossexualismo". Desde 1935, ou seja, no mesmo ano do isolamento da testosterona, a Organon já demonstrava desejo em tratar homossexuais (HOBERMAN, 2005, p.98; OUDSHOORN, 1994, p.59). Como vimos no capítulo anterior, Wright havia definido recentemente uma etiologia hormonal para a homossexualidade, afirmando na *Medical Record* que o corpo de homens homossexuais contém menos hormônio masculino e mais hormônio feminino do que o de homens heterossexuais (OUDSHOORN, 1994, p.98). Vale ressaltar que o surgimento dessa linha argumentativa só se torna possível depois que o campo avança para uma ideia quantitativa da diferença sexual, levando à "lógica" conclusão de que os homossexuais teriam as quantidades relativas de hormônios invertidas.

A descrição da homossexualidade como uma inversão não é nenhuma novidade. É comum na história da ciência que um enunciado que não está plenamente estabelecido seja reestruturado para encaixar numa nova abordagem. Assim, a teoria quantitativa dos sexos reorganiza a ideia de "inversão sexual", que faria pouco sentido com o fim da dupla especificidade dos hormônios sexuais. Da mesma forma que o binarismo sexual precisou ser rearranjado, também o foi a homossexualidade. Jane Russo e colegas, analisando o campo da sexologia no Brasil, descrevem os primórdios dessa ciência, e afirmam que

> [é] possível falar que a sexologia, desde seu início no final do século XIX, conheceu três "ondas" sucessivas[129]. A primeira delas, chamada por André Béjin de "protossexologia", surgiu na passagem do século XIX ao XX na Europa e sobretudo na Alemanha. Através do discurso médico, tratava-se de construir uma racionalidade biológico/científica sobre as sexualidades periféricas ao casal e à família, contrapondo-se ao discurso legal ou religioso que tendia a criminalizá-las (RUSSO et al, 2009, p.619).

Assim, a abordagem científica da homossexualidade se inicia ainda no século XIX, a partir da obra do advogado alemão Karl Heinrich Ulrichs, ele próprio homossexual, e considerado um dos primeiros defensores dos direitos dessa população. A prática homossexual era criminalizada nos principais países europeus, e mais duramente reprimida no Código Civil Prussiano. Inspirado na mitologia grega, Ulrichs nomeia os homossexuais como "uranianos", que possuíam uma "alma feminina num corpo masculino", já que, para ele, o

[129] Falarei das outras "ondas" mais à frente, à medida que as mesmas atravessem a história da testosterona.

amor destinado ao homem só poderia vir de uma mulher (BULLOUGH, 1994; RUSSO et al., 2009).

Segundo Vern Bullough (1994), Ulrichs buscou aliados em sua causa pela descriminalização da homossexualidade, e encontrou o psiquiatra alemão Richard von Krafft-Ebing, que viria a publicar o livro *Psycophatia Sexualis*, uma lista do que era à época chamado de "perversões sexuais", incluindo a "inversão sexual". Outro aliado inicial de Ulrichs foi o médico Carl Westphal, que publica o primeiro estudo de caso sobre a condição. Mais tarde, ambos discordariam das propostas de reforma sexual de Ulrichs, mas a ideia de que ao menos alguns tipos de homossexualidade poderiam ser congênitos irá marcar a abordagem científica sobre o assunto nas primeiras décadas do século XX. O termo "homossexualidade" em si foi cunhado por Károly Kertbeny em 1868, numa carta para Ulrichs.

Westphal, por sua vez, foi responsável pela popularização científica da ideia de que os homossexuais possuiriam um "sentimento sexual contrário", de acordo com o paradigma do dimorfismo sexual. Nos primeiros anos do século XX, o pontapé inicial dado por esses pesquisadores foi seguido por Magnus Hirschfeld (também ele próprio homossexual) que postula a ideia do homossexual como um "terceiro sexo", e Havelock Ellis, que cunhou o diagnóstico de "inversão sexual". Nos Estados Unidos, o maior destaque vai para Lydston, de Chicago, que vimos no capítulo anterior.

A grande importância desses primeiros estudiosos é que, através da patologização, é possível outra forma de lidar com a homossexualidade, não mais como um crime ou um pecado. "Observamos, portanto, que a identidade forjada pela medicina – por se constituir contra a concepção propriamente criminal ou jurídica de atos passíveis de punição legal – não era de todo antipática aos sujeitos classificados como perversos[130]" (RUSSO et al., 2009, p.619). Uma abordagem médica era bem-vinda não apenas para os sujeitos classificados, mas para os próprios pesquisadores.

A preocupação com os "desviantes sexuais" fazia todo sentido no contexto da eugenia. A interpretação de Galton da teoria darwinista levou à crença de que uma "seleção sexual" poderia aperfeiçoar a raça humana; entretanto, alguns indivíduos seriam "degenerados", e suas "perversões" poderiam ser transmitidas à prole. A sexologia alemã, portanto, surgia como uma explicação alternativa à eugenia negativa de nomes como Cesare Lombroso, para

[130] Harry Oosterhuis (1997) traz uma análise muito interessante de cartas enviadas para Krafft-Ebbing, na qual as pessoas pareciam muito satisfeitas, e até aliviadas, ao se reconhecerem nas categorias descritas por Krafft-Ebing. De fato, muitas dessas cartas, que continham relatos pessoais e pediam conselhos e explicações ao psiquiatra, foram sistematizadas e incluídas em publicações posteriores do manual.

quem não haveria possibilidade de melhora para os degenerados, desviantes natos. Contudo, não escapava da análise de que havia algo de degenerado em qualquer prática sexual que não visasse, ou ao menos viabilizasse, a reprodução.

O problema dessa abordagem das "perversões sexuais" residia no fato de que, sendo uma condição patológica, é necessário tratar, e a ciência não conseguia produzir nenhum resultado satisfatório na "cura" dessas pessoas. Mas não se cansava de tentar, como nos experimentos de Steinach (em diálogo com Hirschfeld[131]) transplantando testículos em homossexuais, ou criando animais "hermafroditas" em laboratório na década de 1910. Quando a pesquisa avança na direção dos hormônios heterossexuais, tanto um arcabouço teórico (a teoria quantitativa do sexo) quanto um instrumento prático (a terapia de reposição hormonal) são disponibilizados para finalmente "reverter a inversão".

Assim, continuando em sua busca pela "cura" da homossexualidade, Wright afirmou, em 1938, que a excreção "normal" (heterossexual) de hormônios masculinos em homens estava na média de 25-45 unidades de capão, enquanto a de hormônios femininos não podia exceder 12-14 unidades de camundongo. Tais valores eram o padrão a ser comparado com aqueles medidos na urina de homossexuais.

> A homossexualidade, então, passou a ser expressa em termos de unidades de capão e camundongo [...] Logo depois dos primeiros hormônios sexuais serem quimicamente identificados e sintetizados, os homossexuais foram cada vez mais tratados com os hormônios sexuais "do sexo apropriado" para mudar sua orientação sexual. (OUDSHOORN, 1994, p.58, tradução livre[132]).

Oudshoorn (1994, p.58) enfatiza que definir medicamente a homossexualidade era importante também para os tribunais, pois se compreendia que havia dois tipos de homossexualidade, uma adquirida, que podia ser tratada, e outra congênita, para a qual não havia solução. Assumidamente eugênica, essa teoria justifica porque a explicação biológica da homossexualidade foi tão disseminada na medicina forense, que não estava diretamente ligada às disputas da endocrinologia sexual[133].

Foi a partir de uma preocupação com a "biologia do homem criminoso" que o endocrinologista brasileiro Leonídio Ribeiro publicou, em 1938, o livro "Homossexualismo e Endocrinologia", no qual analisa 125 "homossexuais passivos" da cidade do Rio de Janeiro.

---

[131] É preciso enfatizar que, para Hirschfeld, a homossexualidade não se tratava de uma patologia, mas de uma "variação natural da espécie".

[132] No original: "Homosexuality thus became expressed in terms of capon and mouse units […] Soon after the first sex hormones were chemically identified and synthesized, homosexuals became increasingly treated with 'sex appropriate' sex hormones to change their sexual orientation".

[133] Para uma discussão profunda sobre a relação entre eugenia, medicina forense e sexualidade, ver Carrara (1996) e Bullough (1994).

Alinhado à teoria do criminoso nato de Lombroso e às teorias dos sexólogos do início do século, Ribeiro argumentava que todo homossexual teria uma base orgânica de "intersexualidade", mesmo que não visível, mas explicitada pela fixação do "desejo torcido" no momento hormonalmente mais crítico da vida, na puberdade. Misturando perspectivas mendelianas e lamarckistas, como era característico da eugenia brasileira (STEPAN, 2004), o "estado constitucional da intersexualidade" nesses homens era inicialmente uma predisposição apenas, que dependia de causas exógenas para se expressar. Assim, todos os homossexuais eram biologicamente iguais a princípio, mas o balanço de causas exógenas positivas (como uma educação cristã) e negativas (como uma iniciação sexual "incorreta") levava à constituição de quatro grupos distintos de homossexuais.

Os primeiros, e mais perigosos, eram os "homossexuais completos", que se subdividiam nos "cínicos" e nos "envergonhados". Os cínicos eram conscientes de que sua libido é "normal" para a sua natureza; eram intelectuais e artistas, orgulhosos de sua condição e vivendo em "amizades amorosas". Seu *status* na sociedade permitia certa tolerância social, e fugiam tanto da intervenção médica quanto da lei. Já os envergonhados, evitariam seu desejo e a prática sexual "invertida", conhecidos apenas pelo médico ou pelo sacerdote. Seriam "solteirões", bons e altruístas; ou agressivos e antissociais, ressentidos com o mundo. Segundo Ribeiro (1938), tendiam a delatar os cínicos para a polícia.

Outro grupo seria os "homossexuais prostituídos", que conjugam dois personagens sociais – o homossexual e a prostituta – frequentes na teoria eugênica. A descrição de Ribeiro (1938) evidencia o preconceito desses cientistas: eles "exploram descaradamente o defeito de sua natureza". Nesse caso, haveria um forte componente de "intersexualidade", pois, se a homossexualidade já era vista como uma feminilização, a prostituição era ainda mais feminina. Seria, portanto, uma perversão ética, não uma "anomalia orgânica", de forma que não adiantava tratar. E, de toda forma, esse grupo "não aceita o tratamento" porque não queria mesmo mudar.

Existiria também uma "homossexualidade falsa", que seria, na verdade, um problema psíquico: era uma "neurose sexual com complexo de homossexualidade", decorrente de fracasso(s) na(s) primeira(s) experiência(s) sexual(ais). Eram indivíduos "sem contato sexual com qualquer sexo", que sofreriam mais que os outros por não terem o "alívio" da justificativa biológica. Nesse caso, o tratamento era psicológico.

Por último, e mais importante para essa história, era o grupo dos "homossexuais latentes", por vezes com "brotamentos" explícitos e acidentais. Esses seriam de grande interesse médico, pois expressariam com clareza a patologia. Diferentes dos cínicos ou dos

prostitutos, os latentes são doentes, que "não podem ser responsabilizados por sua condição". Nesse caso, a predisposição, normalmente inibida, vem à tona por uso de tóxicos ou por influência de outras doenças, em especial a sífilis[134]. Mais central para nós é uma associação com ainda outro grande tema do período, a senilidade: os latentes teriam aventuras homossexuais esporádicas, "sempre escandalosas, sempre após os 40 anos". Tais homens, Ribeiro é enfático nesse ponto, não são um caso para a Justiça, mas para a clínica endocrinológica.

Ribeiro (1938) é meticuloso ao apresentar as duas principais vertentes da etiologia da homossexualidade, seja decorrente do ambiente ou congênita, mostrando um conhecimento muito atualizado da discussão acadêmica internacional sobre o tema. Apesar de afirmar que a homossexualidade estaria presente em todas as classes sociais e em todos os países, tendia à interpretação do homossexual como um ser atrasado, menos desenvolvido, uma herança da teoria de recapitulação do século XIX ainda comum no pensamento científico dos anos 1930. Depois de uma análise mais "socioambiental" do problema, contudo, Ribeiro (1938) defendia uma teoria endócrina da homossexualidade (inclusive, esse é o título de um capítulo do seu livro), afirmando que a condição seria "um problema social capaz de encontrar sua solução definitiva no campo da biologia", através do tratamento hormonal. Indicava, ainda de forma cautelosa, a "suspeita" da influência de outros hormônios além dos sexuais, indicando um ainda nebuloso "controle superior" da sexualidade "invertida", uma referência aos hormônios gonadotrópicos.

Além da etiologia, Ribeiro (1938) descreveu longamente a sintomatologia da homossexualidade, com direito a fotos dos homossexuais por ele estudados. Possuindo um "cérebro feminino" e "gônadas masculinas", esses homens misturavam características masculinas e femininas, como uma distribuição feminina de pelos pubianos e de gordura corporal; pênis e testículos grandes; eram baixos e "emaciados", mas podiam ser altos e robustos; tinham trejeitos femininos, mas uma tendência ao exibicionismo considerada mais característica de homens. De fato, as fotos, ainda que muito provavelmente selecionadas por Ribeiro (1938) para justificar seus argumentos, não são nada convincentes aos nossos olhos, e os indivíduos diferiam muito entre si para que seja possível definir um "tipo ideal", objetivo máximo dos mentores europeus do endocrinologista brasileiro. Contudo, o texto parece ignorar as diferenças, e trata como "idênticos" corpos bastante diversos.

[134] Com isso, Ribeiro (1938) associa à homossexualidade dois outros grandes objetos de investigação eugênica, o alcoolismo e a sífilis, ambos supostamente responsáveis por forte degeneração.

O ano de 1940 trouxe nova luz à questão do tratamento da homossexualidade. Julius Baur publica, no *Journal of Criminal Psychopathology*, um artigo intitulado "*Homosexuality as an Endocrinological, Psychological and Genetic Problem*", afirmando categoricamente que a homossexualidade é um distúrbio endócrino curável (HOBERMAN, 2005, p.97). Como vimos através das lentes de Leonídio Ribeiro, essa ideia já parecia estar bem cristalizada na opinião médica. Contudo, Baur organiza uma diferenciação que estava de alguma forma presente nas categorias do endocrinologista brasileiro: haveria uma homossexualidade hormonal; uma psicológica; e uma genética.

> A teoria endócrina da homossexualidade era atraente porque prometia uma cura por meio de medicamentos que já estavam no mercado. A explicação genética, ao contrário, postulou "uma anormalidade da estrutura cromossômica com uma subsequente diferenciação sexual de certas funções cerebrais" - uma condição que parecia estar além da correção (HOBERMAN, 2005, p.98, tradução livre[135]).

A separação em três etiologias distintas marcaria também os profissionais responsáveis pela (tentativa de) "cura". A definição de uma origem psicológica prestava contas ao espaço que era ainda visto como o mais legítimo para tratar problemas sexuais, o consultório psicanalítico. Porém, cada vez mais, surgiam discursos que apresentavam a psicanálise como muito lenta, e, especialmente entre aqueles que enfatizavam o caráter criminoso da homossexualidade, não haveria tanto tempo para esperar. A resposta hormonal, por contraste, era mais rápida, e foi aos poucos sendo lida como mais eficaz. A genética, por sua vez, era incurável, o que parecia estar de acordo com os pífios resultados vindos da pesquisa na biologia ou na cirurgia. Contudo, vale ressaltar como essas três dimensões da sexualidade ganham importância, pois, num futuro próximo, elas serão sobrepostas e encaixadas numa mesma matriz explicativa.

Mas, antes disso, Norman Himes publicou, ainda em 1940, o famoso *Your Marriage: a guide to happiness*. Por mais que abordasse centralmente problemas relativos ao casal heterossexual, Himes dedicava um espaço significativo para a homossexualidade, afirmando que a mesma poderia ser curada assim que a ciência alcançasse um entendimento maior sobre as glândulas e suas secreções (HOBERMAN, 2005, p.97-8). Frequentemente na ciência "os cientistas podem concluir que nenhuma solução para o problema poderá surgir no estado atual da área de estudo. O problema recebe então um rótulo e é posto de lado para ser resolvido por uma futura geração que disponha de instrumentos mais elaborados" (KUHN, 1998, p.115). É

[135] No original: "The endocrine theory of homosexuality was attractive because it promised a cure by means of drugs that were already in the Market. The genetic explanation, by contrast, postulated 'an abnormality of the chromosomal structure with a subsequent sexual differentiation of certain cerebral functions' – a condition which appeared to be beyond correction".

notável, porém, que essa prática de guardar um problema até que ele possa ser resolvido se repita tantas vezes no caso da homossexualidade. Até hoje, é possível ouvir (cada vez menos, felizmente) que a ciência irá descobrir afinal o "gene gay", num futuro breve que nunca de fato se concretiza[136]. Apesar disso, tais discursos se apoiam numa certeza aparentemente inabalável de que existe de fato um "fator homossexual" esperando ser descoberto. Nos termos de Himes, eram as "propriedades químicas incomuns" dos homossexuais que esperavam para ser descobertas. Para Glass, Duel e Wright no artigo "*Sex Hormones Studies in Male Homosexuality*", publicado em 1940 na *Endocrinology*, as diferenças hormonais apontavam para um mecanismo biológico da homossexualidade que também estaria próximo de ser descoberto, e o "homossexual constitucional" teria uma "química do hormônio sexual" ("*sex hormone chemistry*") diferente do "homem normal" (HOBERMAN, 2005, p.97-8).

Assim, apesar das outras explicações, a homossexualidade em 1940 estava mais associada a níveis hormonais anormais do que a questões psicológicas. Porém, essas disputas entre ciências não costumam ser simples. Em 1941, os psicólogos Saul Rosenzweig e R.G. Hoskins publicam um artigo relatando a ineficácia de um verdadeiro coquetel de hormônios sexuais para curar a homossexualidade de um negro passivo:

> durante um período de seis meses, foi submetido ao seguinte regime, graças a doações de cinco empresas farmacêuticas: Stilboestrol, um potente estrogênio sintético, por via oral; um implante subcutâneo de 150 miligramas de testosterona; injeções intramusculares de uma preparação gonadotrópica derivada de soro de égua grávida; tireoide dissecada por via oral; injeções de gonadotrópico pituitário e propionato de testosterona; e mais preparações estrogênicas, nomeadamente, Emmenin e Estriol. O resultado deste ensaio foi que, além de náuseas, "nenhuma das drogas de toda a série deu origem a qualquer mudança detectável de comportamento ou atitude". (HOBERMAN, 2005, p.98-9, tradução livre[137]).

Essa passagem mostra quem eram (ainda) os sujeitos privilegiados de pesquisa – no caso, um negro passivo – e a permanência de um resquício eugênico na mesma. Demonstra ainda a prática de utilização de hormônios estrogênicos e/ou androgênicos para tratar o mesmo mal.

Outro crítico do tratamento endócrino da homossexualidade foi Alfred Kinsey. O conhecido entomólogo havia iniciado a pouco (em 1935) seus estudos acerca do

---

[136] Uma discussão sobre as explicações genéticas para as "causas" da homossexualidade poder ser vista em Nucci (2010) e Fry e Carrara (2016).

[137] No original: "over a period of six months, was subjected to the following regimen, thanks to donations from five drug companies: Stilboestrol, the potent synthetic estrogen, by mouth; an implanted 150-miligram tablet of testosterone; intramuscular injections of a gonadotropic preparation derived from pregnant-mare serum; desiccated thyroid by mouth; injections of Pituitary Gonadotropic and testosterone propionate; and more estrogenic preparations, namely, Emmenin and Estriol. The result of this trial was that apart from nausea, 'none of the drugs of the entire series gave rise to any detectable change of behavior or attitude'".

comportamento sexual humano a partir da observação da diversidade de práticas sexuais em vespas. A partir de dados parciais de sua pesquisa, Kinsey já questionava, em 1941, a "teoria do desequilíbrio endócrino" no *Journal of Clinical Endocrinology*, argumentando que, para além de problemas metodológicos, essas pesquisas se equivocavam na própria concepção de homossexualidade. Como viria a publicar alguns anos depois em seus famosos relatórios, para ele, homossexualidade e heterossexualidade não podem ser tratadas como mutuamente excludentes, e mais, não podem ser consideradas características fundamentais ou inerentes a diferentes tipos de indivíduos.

Apesar das vozes dissonantes, era dessa forma que o problema era encarado pela maioria da comunidade científica, seja na pesquisa ou na clínica, e a indústria farmacêutica não fecharia os olhos para a exploração desse nicho de mercado. Tanto que, em 1942, a Park-Davies realiza uma pesquisa de mercado informal através da distribuição de folhetos sobre o uso de testosterona sintética para cura de homossexuais baseada na teoria de Glass, Duel e Wright citada acima sobre o desequilíbrio hormonal dos homossexuais (HOBERMAN, 2005, p.98). Essa informação deixa claro que ainda havia (muito) espaço para tal terapia no cotidiano clínico.

E, de fato, a testosterona permanecia sendo amplamente prescrita para esses casos, apesar dos resultados contraditórios, e também muito devido a fatores externos à medicina. Em 1944, Glass e Johnson publicaram no *Journal of Clinical Endocrinology* que havia uma "organoterapia compulsória" de homossexuais por ordem judicial ou decreto parental.

> O problema era que o propionato de testosterona combinado com a gonadotrofina coriônica não estava curando homossexuais, mesmo em estudos que encorajavam a crença no medicamento e não comparavam seus efeitos com o placebo. Na verdade, estava ficando cada vez mais claro que os andrógenos não reverteram, mas na verdade intensificaram a libido homossexual, de modo que "às vezes, em vez de ajudar a pessoa tem um agravamento da condição" (HOBERMAN, 2005, p.99, tradução livre[138]).

Ainda assim, no mesmo ano, Louis A. Lurie, diretor do *Child Guidance Home of the Jewish Hospital* em Cincinnati, Ohio (EUA), defende o uso de terapia androgênica com propionato de testosterona para curar homossexuais. Usando os dados de Kinsey, Lurie argumentou que a homossexualidade é uma doença progressiva da civilização, e que não existiria entre sociedades "primitivas". Sendo assim, o tratamento tinha o potencial de "salvar" os jovens europeus e estadunidenses de sua iminente homossexualidade. O sucesso

[138] No original, "The problem was that testosterone propionate combined with chorionic gonadotropin was not curing homosexuals, even in studies that encouraged belief in the drug and did not compare its effects with those of a placebo. In fact, it was becoming increasingly clear that androgens did not reverse but actually intensified homosexual libido, so that "sometimes instead of helping one gets a worsening of the condition".

de sua afirmação veio de um estudo com quatro adolescentes tratados com propionato de testosterona e suas "estigmatas".

> Todos são descritos como imaturos, efeminados, fisicamente não desenvolvidos e apresentando alguma forma de desordem endócrina: hipogonadismo, distrofia adiposogenital, desenvolvimento esquelético eunucóide e desenvolvimento esquelético feminino, respectivamente. Há referências freqüentes aos maneirismos "afeminados" da fala e do andar e aos sintomas de **virilidade deficiente**. Ou, como Lurie diz, sucintamente: "A 'fairy[139]' é facilmente reconhecida". Ainda assim, apesar de todos os seus traços efeminados, Lurie não tem outra escolha a não ser chamar esses sujeitos de homossexuais "inatos" pela simples razão de que apenas um deles já tinha tido uma experiência abertamente homossexual (HOBERMAN, 2005, p.100, grifo nosso, tradução livre[140]).

Nessa citação, é possível perceber a proximidade entre a pesquisa de Lurie e a de Ribeiro citada anteriormente. Ambas estão fortemente baseadas na busca por uma tipologia ideal do homossexual, nos moldes de Lombroso, como fica claro nas características físicas destacadas pelos dois médicos, assim como nos critérios de classificação. Outro ponto de convergência com os eugenistas é a ideia da homossexualidade como sintoma de uma degeneração da raça causada pelo progresso. Mas o que aconteceu com os adolescentes estudados por Lurie depois da testosterona?

> A transformação relatada no primeiro sujeito de Lurie é representativa de todos os casos: "Os resultados foram surpreendentes...Sua voz ficou grave...Coincidente com essas mudanças estruturais, houve uma marcada mudança na personalidade. Em vez de um garoto visivelmente afeminado, temeroso e altamente emotivo, ele tornou-se um tipo agradável de macho agressivo." Dois se juntaram às forças armadas, um terceiro se casou e o quarto "começou a sentir uma emoção ao ficar próximo a uma menina." Em suma, "As tendências homossexuais latentes foram gradualmente convertidas em equivalentes heterossexuais normais." (HOBERMAN, 2005, p.101, tradução livre[141]).

Como nas fotos usadas na pesquisa de Ribeiro, vemos novamente que um caso que apresenta os resultados ideais justifica todos os outros exemplos mais duvidosos. E ao menos dois questionamentos podem ser levantados a partir da descrição de Lurie. Primeiro, por que

---

[139] Termo considerado jocoso e pejorativo para se referir a homens com trejeitos considerados femininos nos EUA.

[140] No original: "All are depicted as immature, effeminate, physically undeveloped, and presenting some form of endocrine disorder: hypogonadism, adiposogenital dystrophy, eunuchoid skeletal development, and female skeletal development, respectively. There are frequent references to "effeminate" mannerisms of speech and gait and to symptoms of deficient virility. Or as Lurie succinctly puts it: "The 'fairy' is easily recognized". Still, for all their sissified traits, Lurie has no other choice but to call these subjects "innate" homosexuals for the straightforward reason that only one of them had ever had an overtly homosexual experience".

[141] No original: "The reported transformation of Lurie's first subject is representative of all cases: "The results were startling…His voice became deep…Coincident with these structural changes, there were a marked change in personality. Instead of a fearful, highly emotional and demonstrative effeminate boy, he became a pleasing type of the aggressive male." Two joined the armed forces, a third got married, and the fourth "began to feel a thrill when standing next to a girl." In sum, "The latent homosexual trends were gradually converted into normal heterosexual equivalents."

seria positivo, e até "agradável" que um adolescente se comporte como um macho agressivo? E como se certificar de que esses rapazes não estariam simplesmente reproduzindo valores considerados "normais" pela sociedade? Perguntas como essas acompanharam toda a pesquisa envolvendo a teoria endócrina da homossexualidade.

> As mudanças físicas e psicológicas nesses meninos eram, muito provavelmente, reais. Não era segredo, neste momento, que o propionato de testosterona poderia promover o desenvolvimento sexual, aumentar o apetite sexual e produzir um impulso auto-assertivo em homens deficientes de andrôgenios. A questão real, no entanto, é se a terapia androgênica alterou a orientação sexual de alguém (HOBERMAN, 2005, p.101, tradução livre[142]).

Estando mais ou menos alinhados ao discurso eugênico, diversos cientistas iriam concordar com Lurie, enquanto outros viriam a questionar que os efeitos davam margem a diferentes interpretações. Glass e Johnson, por exemplo, ao dizer que o homem "hipossexual" ou "hipogonadal" estava mais vulnerável a influências homossexuais que os "normais", e que, portanto, poderia se beneficiar "indubitavelmente" do tratamento com androgênios, pareciam concordar com Lurie. Mas uma sutil diferença emerge da análise de ambos os trabalhos, como percebido por Hoberman (2005): qual seria, e existiria realmente, uma diferença entre o homossexual inato e um homem "hipogonadal"? A resposta para essa pergunta fica mais complexa quando o homem em questão é ainda adolescente. Seriam as características afeminadas resolvidas com o tempo, através de um ganho de maturidade "natural"? Vale ressaltar que tais dúvidas são mais presentes nos dias atuais; na metade dos 1940, os cientistas pareciam ter muita certeza da (falta de) virilidade desses jovens, ainda que não compartilhassem dos mesmos critérios.

A partir desse ponto, o tratamento hormonal do principal "desvio sexual" iria se bifurcar em dois caminhos que já se delineavam timidamente, mas só ganhariam corpo na década de 1950. Separadas, mas frequentemente se cruzando, essas estradas seriam pavimentadas pelo crescimento no campo da importância dos saberes psi. Por um lado, tivemos o desenvolvimento de uma "virada cerebral" no entendimento da diferença sexual, que levou a uma especialização na própria nomenclatura do campo. O deslocamento das gônadas para o cérebro como centro nevrálgico do binarismo sexual foi acompanhado pela mudança da "endocrinologia sexual" para uma "neuroendocrinologia". Já o outro caminho, diz respeito a uma lenta separação entre condições que se confundiam desde o século XIX; os anos de 1950 marcariam uma confusa, porém inédita, diferenciação entre

[142] No original: "The physical and psychological changes in these boys were in all likelihood real. It was no secret at this time that testosterone propionate could promote sexual development, increase sexual appetite, and produce self-assertive drive in androgen-deficient males. The real question, however, is whether androgen therapy changed anyone's sexual orientation."

"homossexualismo", "transexualismo" e "hermafroditismo". Contarei as duas movimentações em paralelo justamente para destacar como uma retroalimentava a outra, já que ambas tiveram a mesma origem: como resolver os corpos, os desejos e as práticas sexuais dos (ainda vistos como) "invertidos".

4.1 **Do cérebro viestes, ao cérebro retornarás: um (des)encontro entre homossexualidade, intersexualidade e transexualidade**

De acordo com Marianne van den Wijngaard (1997), a ideia de uma diferença sexual a nível cerebral se inicia com a teoria dos hormônios pré-natais[143]. Em 1959, Charles Phoenix, Robert Goy, Arnold Gerall e William Young, do Departamento de Anatomia da Universidade do Kansas, postularam a "hipótese organizacional" da diferenciação sexual. Young, professor do Departamento (os outros eram ainda pós-graduandos), já havia trabalhado com pesquisas na psicologia e na embriologia, e a hipótese organizacional cumpria o papel de uma teoria integrativa entre os campos.

> A hipótese organizacional distingue cuidadosamente os primeiros efeitos "organizacionais" dos hormônios sobre o tecido cerebral (imediatamente antes do nascimento ou nos primeiros dias depois, dependendo da espécie) de seus efeitos "ativadores" (os efeitos desses hormônios nos mecanismos neurais totalmente desenvolvidos em animais adultos) (WIJNGAARD, 1997, p.27-8, tradução livre[144]).

A genealogia do sexo cerebral pode ser traçada até pelo menos os anos 1930. Tanto Carroll A. Pfeiffer no *Zoological Laboratory* da Universidade de Iowa, em 1936, quanto Vera Dantchakoff e Albert Raynaud na França em 1938, já haviam realizado experimentos de castração de roedores logo ao nascer seguido de injeções com diferentes tipos de hormônios para estudar o "comportamento sexual tardio". Ambas as pesquisas sugeriram que tanto androgênios como estrogênios tinham os mesmos resultados no comportamento de acasalamento de ratos (WIJNGAARD, 1997, p.28). O comportamento "típico" de acasalamento era pensado numa restrita lógica binária: as fêmeas realizam o movimento de lordose, ou seja, arqueamento das costas, compreendido como uma postura receptiva para o

[143] Para uma análise mais profunda sobre a teoria dos hormônios pré-natais, ver Marina Nucci (2010).

[144] No original: "The organizational hypothesis carefully distinguishes the early "organizational" effects of hormones on brain tissue (either immediately before birth or in the first few days thereafter, depending on the species) from their activational effects (the effects of these hormones on fully developed neural mechanisms in adults animals)".

coito; e os machos, realizam o movimento de "montar" (*mounting*), compreendido como ativo. Essa proposta estava de total acordo com o paradigma de dois sexos com atitudes opostas e complementares que fundamenta a diferença sexual moderna.

No mesmo período, os cientistas também concluíram que o hipotálamo regulava a liberação de hormônios hipofisários que estimulam os ovários em ratos, completando o eixo neuroendócrino que já vinha se configurando há alguns anos. De acordo com essas pesquisas, o hipotálamo lançaria esses "fatores de liberação" na corrente sanguínea de forma cíclica nas mulheres e de forma constante ou tônica em homens (WIJNGAARD, 1997, p.29). Com isso, também foi transportada para o cérebro outras duas premissas que estavam presentes desde os primórdios gonadais da endocrinologia: a ideia de uma instabilidade cíclica feminina *versus* a estabilidade constante masculina, e o caráter tônico dos androgênios.

A migração da diferenciação sexual para o cérebro foi muito marcada pela pesquisa no campo da embriologia. Cada vez mais se acreditava que a diferença entre os sexos deveria se estabelecer em algum ponto do desenvolvimento fetal. Com efeito, foi estudando efeitos hormonais na diferenciação embriológica do trato genital, já na década de 1950, que Alfred Jost, do *Collège de France*, sugeriu, pioneiramente, que os organismos desenvolvem genitais masculinos quando expostos a androgênios, e femininos*, na ausência de* androgênios, e não na presença de estrogênios como se supunha até então na teoria (WIJNGAARD, 1997, p.29).

Foi apoiando-se nos achados de Jost que Phoenix e colegas propuseram a hipótese organizacional, formulada a partir de experimentos com porquinhos-da-índia. Porém, ainda na primeira metade dos anos 1960, a mesma já era aplicada por diferentes pesquisadores a diversos outros roedores, como ratos, hamsters e camundongos (WIJNGARRD, 1997, p.30), indicando uma universalidade do comportamento sexual entre espécies que teria consequências profundas nas teorias sobre a diferença sexual em humanos.

Um ponto ainda mais relevante é o papel relativo de cada hormônio nesse processo de diferenciação intrauterino. A proposta inicial de Jost, e seu posterior desenvolvimento por Phoenix e colegas, institui um notável rompimento com o enunciado científico vigente até então.

> Enquanto na década de 1930 *tanto* os androgênios *como* os estrogênios influenciavam a diferenciação cerebral e o comportamento, os hormônios responsáveis por este processo foram reduzidos à testosterona (ou a algum metabolito da testosterona) vinte anos depois. Em 1959, foi proposta uma teoria sobre os efeitos hormonais pré-natais *permanentes* na diferenciação cerebral, uma possibilidade que havia sido rejeitada há muito tempo (WIJNGAARD, 1997, p.29, grifos no original, tradução livre[145]).

[145] No original: "While in the 1930s *both* androgens and estrogens were thought to influence brain differentiation and behavior, the hormones held responsible for this process had been narrowed down to testosterone (or some

Assim, entendeu-se que a "condição básica" do cérebro humano seria uma configuração "feminina", que, sob a ação de androgênios, se diferencia em um cérebro propriamente "masculino", que viria então a desenvolver o corpo característico dos homens na fase ativacional. Até então, os organismos embrionários eram percebidos como "bissexuais", influenciados pela noção de bissexualidade originária postulada por Sigmund Freud. Com a hipótese organizacional, os pesquisadores passaram a se referir a um *Adam Principle*, que significa que "para diferenciar um homem, algo deve ser acrescentado" (WIJNGAARD, 1997, p.30), por vezes também chamado de "fator testicular"[146]. Novamente, a pesquisa aplicava uma gramática freudiana[147], dessa vez, reproduzindo hormonalmente a ideia de que a masculinidade seria definida pela presença do falo, enquanto a feminilidade, pela sua ausência (WIJNGAARD, 1997, p.41). No caso, porém, o falo era representado pela testosterona e sua ação na produção de cérebros e corpos masculinos.

A comprovação dessa "sexualização" permanente do cérebro era o desenvolvimento posterior do comportamento de montar sobre as costas do outro animal ou arquear as costas. Contudo, é preciso enfatizar que "[e]m situações naturais, ambos os tipos de comportamento ocorrem em ambos os sexos na maioria dos animais; machos e fêmeas podem ser testados montando, bem como em exibições de lordose" (WIJNGAARD, 1997, p.28, tradução livre[148]). Apesar dessa informação estar plenamente disponível na época e ser facilmente observada, os cientistas simplesmente a ignoravam.

Algo que chama atenção é a rapidez com que a hipótese organizacional é aceita e se dissemina pela comunidade científica. Em 1963, apenas quatro anos depois de sua postulação, Roger A. Gorski (chefe do Departamento de Anatomia e do Laboratório de Neuroendocrinologia do Cérebro da Escola de Medicina da UCLA) já se refere à hipótese organizacional no *American Journal of Physiology* como um "conceito" (WIJNGAARD, p.128, nota 14). Depois de 1964, desaparecem dos artigos científicos termos mais reticentes como "sugere", "indica" ou "é possível afirmar que", demonstrando a rapidez com que o

---

metabolite of testosterone) twenty years later. In 1959, a theory was proposed about *permanent* prenatal hormones effects on brain differentiation, a possibility that had long been rejected".

[146] Curioso notar que, na mitologia bíblica, Adão é o princípio e Eva deriva dele, ou de parte dele, enquanto aqui Adão parece surgir de um tempero a mais colocado sobre uma Eva originária.

[147] Não é minha intenção aqui afirmar que tais pesquisadores tiveram uma influência teórica direta da psicanálise freudiana, mas mostrar como o ambiente científico nesse período era permeado pelas concepções do psicanalista. Sobre a influência da psicanálise na ciência, ver Jane Russo e Ana Teresa Venâncio (2006).

[148] No original: "In natural situations, both types of behavior occur among both sexes on most animals; males and females can be tested on displays of mounting as well as on displays of lordosis".

enunciado organizacional se estabiliza como um fato científico, repetindo a fórmula descrita por Bruno Latour e Steve Woolgar (1997).

Ao mesmo tempo, proliferavam pesquisas buscando expandir a hipótese para outros animais. Em 1964, Phoenix, Young e Goy (agora no Departamento de Comportamento e Fisiologia Reprodutiva do *Oregon Regional Primate Research Center*) divulgaram os resultados da aplicação da hipótese organizacional em macacos rhesus (diga-se de passagem, apenas dois macacos foram utilizados no experimento), e já abriram uma linha de pesquisa para aplicação em humanos. No artigo de divulgação, afirmaram que o fato de o comportamento sexual em humanos ser "socialmente mais que hormonalmente determinado" havia "obscurecido" o papel hormonal "na manutenção da força do impulso sexual" (WIJNGAARD, 1997, p.30-1). Nesse momento, havia ainda uma predominância da psicologia como a ciência ideal para explicar o comportamento humano; contudo, essa hegemonia já começava a demonstrar sinais de erosão que seriam explorados pelos neurocientistas.

Para Wijngaard (1997, p.34), um dos motivos da aceitação rápida da hipótese organizacional é justamente uma analogia de que, sendo possível à psicologia modelar comportamentos humanos através da manipulação externa, seria também possível modelar o comportamento por via interna, através da administração de hormônios. Essa ideia inflamava uma forte disputa interna no campo científico. De um lado, estavam os pesquisadores alinhados às diferentes disciplinas biomédicas, que defendiam a intervenção "interna" no comportamento humano; de outro, os psicólogos e sexólogos, críticos a um uso lido como excessivo e ineficaz dos hormônios sexuais na modelação dos comportamentos.

O defensor mais sonoro dessa posição era o psicólogo Frank Beach, do Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia em Berkeley, que publicou, em 1971, um artigo bastante irônico na *The Biopsychology of Development* denunciando problemas metodológicos e resultados contraditórios da teoria organizacional (WIJNGAARD, 1997, p.33). Beach então propunha um modelo alternativo no qual o cérebro indiferenciado é bissexual, não feminino. Além disso, defendia que diferentes hormônios (não só androgênios) têm efeitos sobre a diferenciação cerebral e o comportamento, o que afirmou já acreditar desde o início de suas pesquisas com o tema, ainda em 1945.

> Beach, um psicólogo considerado por muitos o pai da pesquisa sobre a relação entre hormônios e comportamento, acreditava que o comportamento sexual tinha raízes na sensibilidade dos órgãos genitais, e deve ser visto como o resultado de experiências

> sexuais prazerosas, e não como o resultado da diferenciação do cérebro (WIJNGAARD, 1997, p.38-9, tradução livre[149]).

Beach foi o único dentre os "grandes nomes" do campo a criticar a teoria organizacional, provocando os pesquisadores biomédicos com a acusação de que os estudantes dessa área sofriam de uma "doença" chamada "neurofilia", que tendia a se converter numa completa "cerebromania". No mesmo artigo, criticava também a "ânsia" desses estudantes em pensar comportamentos como "mecanismos" e "circuitos"[150] (WIJNGAARD, 1997, p.39), o que limitaria a potencialidade criativa do comportamento humano[151]. Para muitos, porém, a agressiva e debochada crítica de Beach era um caso de "advogar em causa própria"; o incômodo do psicólogo seria apenas porque a explicação biológica do comportamento estaria deslocando o protagonismo da psicologia no campo.

Outra expansão interessante da hipótese organizacional fica marcada quando, no mesmo ano, começam a surgir pesquisas descrevendo efeitos binários dos hormônios pré-natais em comportamentos não-sexuais, como demonstrações de agressividade em machos, dependente de androgênios, ou a manufatura de ninhos em fêmeas, na ausência de androgênios (WIJNGAARD, 1997, p.31). Resultados como esses trouxeram à tona novamente certas percepções acerca de funcionamentos orgânicos diferenciados entre homens e mulheres que haviam perdido força argumentativa na última década.

Pelo visto, essa percepção de comportamentos masculinos ou femininos como radicalmente opostos estava apenas dormente. Ainda em 1964, Richard Walen (Departamento de Psicobiologia da Universidade da Califórnia, Irvine) defendeu a ideia de "efeitos opostos" quando hormônios "do outro sexo" são administrados (WIJNGAARD, 1997, p.36), repaginando a ideia de "hormônios heterossexuais" e reciclando a especificidade de função dos hormônios sexuais que havia sido desacreditada pela bioquímica na metade dos anos 1930. Não à toa, as pesquisas da neuroendocrinologia não estavam na bioquímica, mas no

---

[149] No original: "Beach, a psychologist often regarded as the father of research into the relationship between hormones and behavior, believed that sexual behavior was rooted in the sensitivity of the genital organs and should be seen as the outcome of pleasurable sexual experience rather than as the outcome of differentiation of the brain".

[150] Uma percepção do comportamento sexual que parece ter se cristalizado no campo, a julgar pela figura observada por Russo et al. (2011, anexo D) em congressos de Sexologia contemporâneos, que descreve a sexualidade feminina como um painel de avião, composta por dezenas de botões, telas informativas e sinais luminosos; em contraste, a sexualidade masculina aparece na figura como um único botão de *on/off*.

[151] Beach contrapunha essa visão "mecânica" a uma abordagem "botânica", se referindo à construção do pensamento científico metaforicamente através de termos como sementes, árvores e fertilidade do pensamento. Não posso afirmar que Beach tenha tido contato com a teoria de Karl Popper, mas é notável a repetição da ideia de Popper de que a "boa" ciência começa através do cultivo de hipóteses férteis. Ver Popper (1972).

campo da biologia, que era, nos 1920, a maior defensora do antagonismo sexual. Para Wijngaard (1997), esse constitui outro motivo para a aceitação rápida da teoria dos hormônios pré-natais: a possibilidade de reconstrução da especificidade de função dos hormônios sexuais, que nunca teria sido abandonada de fato. Contudo, não devemos tratar as aplicações da hipótese organizacional como uma mera recauchutagem da teoria de Heape e Steinach – havia uma diferença significativa nessa retomada de um antagonismo sexual hormonal. Nos anos 1960, os androgênios eram os responsáveis simultaneamente pela virilização e pela supressão da feminilização (do cérebro), ao invés da associação androgênios/virilização e estrogênios/feminilização como nos anos 1930.

Um último ponto pode ser destacado como um motivo de aceitação da teoria. Jacob van der Werff tem Bosch, endocrinologista na *Erasmus University* em Rotterdam, defendeu que a explicação para a popularidade dos estudos sobre comportamento sexual foi uma resposta ao problema da homossexualidade. "Apesar das medidas de níveis hormonais na urina, sangue e sêmen de homens homossexuais, não foram encontrados resultados que comprovassem a afirmação de que a homossexualidade resultava de níveis hormonais anormais" (WIJNGAARD, 1997, p.38, tradução livre[152]). A comprovação disso é que todas as tentativas de estabelecer uma "cura" (ou ao menos um "tratamento eficaz") para homossexuais haviam falhado. A teoria organizacional trazia uma nova esperança nesse sentido.

> A comparação entre a teoria organizacional e a teoria da diferenciação do trato genital revelou que a teoria da diferenciação do trato genital explicava o fenômeno intersexo. Até aquela época, as ocorrências socialmente contestadas da homossexualidade masculina e feminina eram vistas como uma "intersexualidade no comportamento". Homens com preferência sexual por homens eram considerados como tendo uma orientação sexual feminina, e lésbicas eram pensadas como tendo uma orientação sexual masculina. Esses fenômenos não podiam ser atribuídos à influência de efeitos hormonais temporários sobre os adultos. A teoria da organização prometeu uma explicação biológica para o desenvolvimento do comportamento masculino e feminino em geral e para a ocorrência da homossexualidade e do lesbianismo em particular. (WIJNGAARD, 1997, p.38, tradução livre[153]).

[152] No original: "Despite measurements of hormone levels in urine, blood, and semen of homosexual men, no data were found to substantiate the assertion that homosexuality resulted from abnormal hormone levels".

[153] No original: "Comparing the organizational theory with the theory of differentiation of the genital tract revealed that the genital tract differentiation theory explained the phenomenon of intersexes. Until that time, the socially contested occurrences of male and female homosexuality were viewed as "intersexuality in behaviour". Men with a sexual preference for men were regarded as having a female sex orientation, and lesbians were thought to have a male sexual orientation. These phenomena could not be ascribed to the influence of temporary hormonal effects on adults. The organization theory promised a biological explanation for the development of masculine and feminine behaviour in general and for the occurrence of homosexuality and lesbianism in particular."

Ao que tudo indica, a "questão homossexual" era talvez a única coisa que unificava as ciências em disputa. "Os cientistas biomédicos, que estavam preocupados com os efeitos hormonais, e os psicólogos e psiquiatras, que estavam preocupados com o comportamento, uniram forças na elucidação da homossexualidade e do lesbianismo por meio da teoria organizacional" (WIJNGAARD, 1997, p.38, tradução livre[154]). Nesse contexto, em 1968, Günther Dörner, diretor do Instituto de Endocrinologia Experimental da Universidade de Humboldt em Berlin (Alemanha Oriental), publicou um artigo no *Journal of Endocrinology* junto com G. Hinz, sugerindo o tratamento hormonal para mulheres com risco de parir um filho homossexual (WIJNGAARD, 1997, p.33). A comunidade científica achou exagerada a proposta de Dörner, porém, o fato de que foi possível formulá-la (e publicá-la) demonstra qual era o ambiente da pesquisa. Crescia o entendimento de que a homossexualidade era efeito de um desequilíbrio hormonal intrauterino.

A entrada nos anos 1970 traria um aprofundamento dessas questões, e um direcionamento da pesquisa para o estudo do comportamento masculino especificamente. Ao longo dessa década, diferentes androgênios (com destaque para o propionato de testosterona) foram testados em cobaias fêmeas para observar efeitos virilizantes, a julgar pela profusão de títulos que citavam androgênios no periódico *Hormone and Behavior*. O uso de fêmeas nas pesquisas, que costumavam ser evitadas devido ao entendimento de que o cio as tornava cobaias instáveis, aumentava no período porque o cérebro "feminino" passou a ser visto como "indiferenciado", e, portanto, seria ideal como um ponto de partida para a manipulação científica (WIJNGAARD, 1997, p.37). Assim, acreditava-se ser possível ver os efeitos que os hormônios teriam numa configuração cerebral "básica", uma *tabula rasa* sobre a qual escrever.

Essa percepção da diferenciação cerebral ficava bem clara em um artigo de 1971 de Gorski, no qual defendia explicitamente que o "rato macho secreta androgênios para 'masculinizar' seu cérebro feminino" (WIJNGAARD, 1997, p.37). De fato, a pesquisa de Gorski se voltava menos para como os cérebros se diferenciam em masculino ou feminino do que para o estabelecimento do comportamento sexual masculino. A pesquisa neuroendocrinológica ao longo dos anos 1960 tendia a seguir por esse caminho: focava majoritariamente os efeitos de uma configuração cerebral "masculina", com pouco interesse no caso "feminino", dado como certo e pouco questionado.

[154] No original: "Biomedical scientists, who were concerned with hormonal effects, and psychologists and psychiatrists, who were concerned with behaviour, joined forces in elucidating homosexuality and lesbianism by means of the organization theory".

Porém, isso não significa que não houvesse ninguém interessado em pesquisar o processo de diferenciação cerebral em si. Dessa linha de pesquisa, uma enorme anomalia emergiu no paradigma binário. Em 1970, P. McDonald e colegas (do Departamento de Fisiologia do *Royal Veterinary College* em Londres) especularam, em artigo publicado na *Nature*, que a ação dos androgênios (a partir de pesquisa com a 5α-diidrotestosterona[155]) no cérebro é mediada pela sua conversão metabólica em estrogênio (WIJNGAARD, 1997, p.42). Apenas dois anos depois, Frederic Naftolin, Kenneth J. Ryan e Z. Petro (do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade da Califórnia, San Diego) observaram a aromatização[156] da androstenediona em fetos humanos (publicado no *Journal of Endocrinology*) e em ratos e ratas (publicado na *Endocrinology*). Esses achados indicavam que, para que tivessem ação na diferenciação cerebral, os androgênios precisavam ser convertidos em estrogênios, apontando para a "espantosa" conclusão que a ação virilizante no cérebro seria, na verdade, ação dos estrogênios. E lá se vai novamente a certeza da especificidade de função dos hormônios sexuais. Um novo conceito foi formulado: a "teoria da conversão" (WIJNGAARD, 1997, p.42). Sua inerente negação do paradigma fez com que fosse muito questionada por diversos pesquisadores, que se referiam a ela usando termos como "hipótese"; "sugere"; "pode ser convertida", num movimento oposto ao visto quando da formulação da teoria organizacional.

A bem dizer, a ideia de conversão já estava presente desde os 1930, como vimos no capítulo anterior. A novidade no pós-guerra foi sua assimilação ao paradigma organizacional, pois, no texto de 1959, os autores falam em "testosterona ou algum metabólito", e o estradiol pode ser considerado um metabólito da testosterona (justamente a partir da ação da enzima aromatase, como vimos acima). Por mais que essa informação seja bioquimicamente correta, é oportuno que os cientistas só "se lembrem" da proximidade química entre os androgênios e os estrogênios quando lhes é conveniente para a manutenção do paradigma. Com a proposta da teoria de conversão, passou-se a falar que o estradiol "mimetiza" os efeitos dos androgênios (WIJNGAARD, 1997, p.42). Com isso, sutilmente mantém-se uma predominância do androgênio, cuja ação será imitada pelo estrogênio, dando a impressão de

[155] Também chamada de 5α-DHT, ou simplesmente DHT, essa molécula é o metabólito mais ativo da testosterona, ou seja, é a configuração molecular endógena que exerce de forma mais eficaz os efeitos esperados do hormônio. Ver Berne et al., 2004, p.1007.

[156] A aromatização, processo químico responsável por aromatizar, ou seja, formar um anel aromático, é a maneira pela qual o organismo produz estrogênios. Na via biossintética dos hormônios sexuais, a última etapa corresponde à ação da enzima aromatase, podendo se dar por duas vias: a partir da androstenediona, formando estrona, ou da testosterona, formando estradiol. Ver Berne et al., 2004, p.988.

que o efeito é originalmente dos androgênios, e então reproduzido pelos hormônios ditos femininos.

Porém, no mesmo ano em que surgia a anomalia (1972), a teoria organizacional ganharia um apoio de peso, ainda mais significativo por vir da psicologia, apenas um ano depois da contundente crítica de Beach. Os psicólogos americanos John Money (Psicologia Médica e Pediatria na Johns Hopkins Hospital em Baltimore) e Anke Ehrhardt (psiquiatra do Departamento de Psiquiatria Infantil no *College of Physicians and Surgeons* da *Columbia University*), estudando crianças intersexo[157] a partir dos achados de Jost sobre o efeito hormonal no desenvolvimento genital, aplicam a teoria organizacional em humanos. Money e Ehrhardt ficaram famosos pelos estudos com *tomboys* – meninas com uma produção excessiva de androgênios pela adrenal, chamada de Hiperplasia Adrenal Congênita (por isso, eram também chamadas de *CAH girls*, seguindo a sigla do diagnóstico em inglês). Tais meninas, consideradas intersexo, exibiam características físicas e comportamentais percebidas como "masculinas". Tais características levam os autores a concluir que, por mais que fatores ambientais sejam importantes, há uma ação de fatores biológicos pré-natais no comportamento humano (WIJNGAARD, 1997, p.31-2). Assim, em 1972, o quadro que se apresentava era o seguinte: a genética não explicava satisfatoriamente a origem dos padrões de comportamento; a teoria organizacional parecia mais adequada, e permitia o uso de hormônios para modulação de comportamentos; e a "natureza" fornecia humanos intersexo (as *tomboys*) nos quais os hormônios pré-natais estavam "naturalmente" alterados. Com isso, Money e Ehrhardt tinham uma base teórica, materiais e métodos, e até cobaias "naturais" para a plena transição do modelo animal para humanos (WIJNGAARD, 1997, p.35).

Como era de se esperar, a polêmica não se encerrava com o trabalho de Money e Ehrhardt; Beach continuava defendendo uma outra abordagem conflitante com a teoria organizacional. Em 1973, o clima de disputa ficou evidente quando, em meio a uma conferência, Beach afirma categoricamente: "tudo está no pênis!", ao que Gorski prontamente responde gritando: "Não, tudo está no cérebro!" (WIJNGAARD, 1997, p.39). Outras críticas também surgiam. No ano seguinte, no *Psychological Bulletin*, Richard L. Doty publica *A Cry for the Liberation of the Female Rodent*, um artigo-manifesto no qual critica o foco da

[157] A intersexualidade mencionada nesse caso é mais próxima do que compreendemos hoje como intersexual, e deve ser diferenciada do uso do termo feito por Leonídio Ribeiro, por exemplo, quando "intersexualidade" indicava a presença de comportamentos sexuais percebidos como "femininos" (o interesse afetivo-sexual por homens) em corpos biologicamente masculinos. Não está no escopo dessa tese discutir a emergência da intersexualidade (chamada durante muito tempo de hermafroditismo), mas é preciso salientar que um dos usos mais legítimos de testosterona atualmente é na "correção" de casos leves de intersexualidade em meninos pré-púberes. Para uma extensa discussão sobre intersexuais e a intervenção médica nesses casos, ver Paula Sandrine Machado (2005) e Anacely Costa (2014).

pesquisa entre 1960 e 1969 no comportamento dos ratos machos (o que correspondia a 68% da produção no período); apenas 20% estudaram o comportamento feminino, e 12%, ambos os comportamentos (WIJNGAARD, 1997, p.37; p.131, nota 45). Contudo, era evidente que havia uma tendência do campo a concordar com a teoria organizacional, especialmente depois de Money e Ehrhardt apresentarem seus resultados. Assim, em 1975, Beach acaba por concordar em parte com Money e Ehrhardt, em certa medida para manter seu capital científico e alguma reserva de mercado, já que temia um deslocamento do profissional gabaritado para explicar o comportamento humano do psicólogo para o médico ou biólogo. Com essa mudança, acaba a (tímida) reserva dos psicólogos em relação à teoria organizacional (WIJNGAARD, 1997, p.40).

Parecia que tudo havia se encaixado, e o campo podia seguir o curso da ciência normal, buscando novas e mais precisa aplicações do paradigma. Entretanto, ainda em 1975, S.R. Ojeda, P.S. Kalra e S.M. McCann relataram na *Neuroendocrinology* ter encontrado altos níveis de estrogênio na circulação de ratas durante o período embrionário de diferenciação cerebral. Mais impactante ainda, Klaus D. Döhler e W. Wuttke (Departamento de Endocrinologia Clínica da Escola Médica de Hannover, Alemanha Ocidental) relataram na *Endocrinology* o mesmo achado em ratos machos. No mesmo ano, John Resko, J. Ploem e H. Stadelman publicaram, também na *Endocrinology*, resultados demonstrando altos níveis de estrogênio em fetos de primatas. A discussão da teoria de conversão voltava com força. Foi sugerido que os hormônios femininos não eram produzidos pelos fetos machos, mas vinham da mãe (WIJNGAARD, 1997, p.44), repetindo a mesma reação da comunidade científica observada com o achado de Zondek de hormônios femininos na urina de garanhões em 1934. Rapidamente, surgiram preocupações com o desenvolvimento de processos que prevenissem a virilização de fetos fêmeas. Mais do que "prevenção", falava-se em "proteção", sugerindo uma fragilidade do cérebro feminino frente ao poder masculinizante dos androgênios, como bem percebido por Wijngaard (1997, p.132, nota 69).

Na sequência[158], Bruce McEwen, I. Liederburg, C. Chaptel e L.C. Krey publicaram na *Brain Research* a "descoberta" de uma proteína (nomeada como alfafetoproteína, ou AFT, nomenclatura ainda em voga) que se liga prioritariamente ao estrogênio em detrimento do androgênio em fetos e animais neonatos. O complexo resultante é muito grande para

[158] Vale ressaltar que todas as pesquisas citadas nessa página foram publicadas no mesmo ano, 1975. Comparando com períodos anteriores, fica perceptível uma aceleração no ritmo de pesquisas e publicações no período pós-guerra, que seguirá nessa tendência, se intensificando ininterruptamente.

atravessar a barreira hematoencefálica[159], ao contrário do androgênio circulando livre, que consegue penetrar no sistema nervoso central. Isso explicaria os altos índices de estradiol na corrente sanguínea fetal. Mas faltava ainda explicar como eram encontrados estrogênios no cérebro, que a "descoberta" da AFT parecia tornar impossível. Postulou-se que o efeito virilizante no cérebro viria, paradoxalmente, da conversão do androgênio em estradiol. Com essa proposta, mantinha-se algum resquício de *Adam Principle*, já que o estrogênio viria necessariamente do androgênio convertido (WIJNGAARD, 1997, p.44). Entretanto, para isso, foi necessário admitir finalmente a validade da teoria de conversão, que, repito, já havia sido delineada nos idos tempos de Laqueur na Escola de Amsterdam.

Em 1978, Döhler questiona o papel da alfafetoproteína, argumentando que, na verdade, ela carreia o estradiol para a célula-alvo[160], o que estava de acordo com os achados da proteína em células cerebrais publicados no mesmo ano por R. Benno e T. Williams. Com isso, teria que se descobrir uma outra forma de garantir o efeito masculinizante cerebral do androgênio que mantivesse o *Adam Principle* (WIJNGAARD, 1997, p.44). No mesmo ano, contudo, Bruce McEwen resolve o problema, ao diferenciar receptores de androgênios e estrogênios no cérebro, que se localizariam em regiões diferentes, e em períodos diferentes do desenvolvimento fetal. Assim, na fase do desenvolvimento fetal que diferenciaria o cérebro, haveria apenas ação dos androgênios, novamente assimilando a anomalia à teoria organizacional, e mantendo intacta a lógica binária (WIJNGAARD, 1997, p.44).

Foi apenas em 1979 que Gorski admitiu a hipótese da conversão, se referindo a uma "situação aparentemente incomum na qual o estradiol parece ser um veículo para a masculinização do cérebro", o que continua repetindo como algo "surpreendente" até pelo menos um artigo em 1984! Em 1985, ainda era possível encontrar referências na literatura à teoria de conversão como algo "fascinante"; nesse mesmo ano, contudo, Whalen publicava, no *Archives of Sexual Behavior*, o problema de classificação da testosterona como androgênio ou estrogênio, haja visto que o hormônio incentiva tanto a "masculinização" quanto a "feminilização" do cérebro. (WIJNGAARD, 1997, p.42-3).

De fato, a dificuldade de classificação dos hormônios sexuais é um problema recorrente desde seu surgimento, como já vimos. E haveria de ser, pois a necessidade em

[159] A barreira hematoencefálica (BHE) é uma estrutura endotelial de permeabilidade extremamente seletiva, visando proteger o Sistema Nervoso Central de substâncias potencialmente neurotóxicas que podem estar na corrente sanguínea. Apenas substâncias muito pequenas conseguem atravessar livremente essa barreira. Diversas substâncias úteis para o cérebro não a atravessam, dependendo do transporte de proteínas carreadoras nas células que compõem a barreira, o que constitui um enorme desafio para a neurofarmacologia. Ver Berne et al., 2004.

[160] Döhler chega a propor que a alfafetoproteína seja, na verdade, um precursor embriológico do receptor de estrogênio. Ver Wijngaard, p.132 nota 71.

manter uma perspectiva dual é efeito do olhar dos cientistas e não de dados empíricos; pelo contrário, o problema classificatório emerge justamente porque os esteroides gonadais, ou seus agonistas hipofisários e hipotalâmico não têm sexo, logo, não irão atuar de acordo com a fantasia moderna de dois corpos opostos e complementares. Isso leva a ciência a constantes problemas de aceitação e refutação de teorias para seguir justificando biologicamente uma desigualdade social.

> Ao comparar a aceitação da teoria organizacional com a aceitação da teoria de conversão, vimos que a teoria organizacional foi aceita e estendida a comportamentos não sexuais cinco anos após ser proposta, enquanto a teoria da conversão foi aceita somente após amplos mecanismos serem construídos para garantir que princípios relativos aos efeitos duais dos hormônios fossem mantidos. Inicialmente, o pensamento dualista sobre hormônios gonadais impediu a aceitação da teoria da conversão (WIJNGAARD, 1997, p.45, tradução livre[161]).

Atualmente, a ideia de conversão entre os hormônios sexuais tornou-se tão óbvia que sequer é considerada uma teoria, mas aceita com naturalidade. Apesar da insistência no binarismo, e mesmo da tentativa de retomada da especificidade de função dos hormônios sexuais, analisando as pesquisas desse período, percebe-se um abandono do termo "hormônios sexuais masculinos" e "femininos", amplamente substituídos por "androgênios" e "estrogênios". Isso não significa que os hormônios tenham deixado de ser generificados, muito pelo contrário. Também não quer dizer que a classificação em masculinos e femininos tenha desaparecido; ela foi na verdade vulgarizada, e, se ausente do discurso científico mais *hard*, segue onipresente na mídia leiga, no senso comum, e até no ensino médico. Para Marina Nucci (2010), a teoria dos hormônios pré-natais desloca para o cérebro de homossexuais a velha ideia de uma "inversão" sexual, mantendo o binarismo hormonal.

> A ideia da "inversão" do sexo cerebral dos homossexuais e transexuais pode ser pensada como uma espécie de reformulação "moderna" e fisicalista da teoria do terceiro sexo, com a substituição da noção metafísica de alma por outra mais concreta: o cérebro. Interessante notar a forma através da qual ciência e senso comum se relacionam nestas pesquisas. A construção de ideais de masculinidade e feminilidade se dá a partir de noções do senso comum, como pode ser visto, por exemplo, a partir da elaboração dos questionários e classificação de brinquedos como "femininos" ou "masculinos" (NUCCI, 2010, p.84-5).

O que mais serve à nossa história na teoria organizacional é como ela fornece uma matriz explicativa para separar diferentes vivências de gênero e sexualidade que eram historicamente intrincadas. As teorias endocrinológicas de certa forma sustentavam uma tríade que unificava o que hoje entendemos como homossexualidade, transexualidade e

[161] No original: "In comparing the acceptance of the organization theory with the acceptance of the conversion theory, we have seen that the organization theory was accepted and extended to nonsexual types of behavior within five years after it was proposed, whereas the conversion theory was accepted only after ample mechanisms were constructed to ensure that principles concerning the dual effects of hormones were upheld. Initially, dualistic thought regarding gonadal hormones impeded the acceptance of the conversion theory".

intersexualidade numa mesma condição ou diagnóstico. Em diversos momentos, vimos como a ciência endócrina e a sexologia se misturavam. Frequentemente, pesquisadores de ambos os campos interagiam e se influenciavam ou criticavam mutuamente, como foi o caso de Hirschfeld e Steinach ou Kinsey e Wright, respectivamente. John Money é uma das figuras que teve importância central tanto num como noutro espaço. Todavia, é a partir dos anos 1970 que as dimensões do gênero e da sexualidade se tornarão um pouco mais separáveis. A passagem da "questão sexual" das gônadas e da puberdade para o cérebro e o período fetal ou infância (a depender da abordagem) permite uma mínima diferenciação entre desejos e práticas sexuais da formação sexual anatômica e psíquica.

Na pior das hipóteses, a teoria organizacional traz para os holofotes corpos que hoje chamaríamos de intersexo, numa preocupação maior com os mecanismos de sua formação do que com os hábitos sexuais adultos dessas pessoas. Havia agora uma teoria que explicava a origem do corpo sexuado, que pareceu mais interessante que seus usos. No limite, julgou-se mais eficaz tentar influir nesse momento do que posteriormente, quando "os vícios" já estivessem estabelecidos. O caráter permanente trazido pela ação dos hormônios pré-natais sobre o cérebro foi outro fator que induziu essa mudança; não adiantaria tentar "resolver" depois algo que havia sido cristalizado, no máximo, na primeira infância. Além disso, a interseção entre a teoria hormonal (pré ou pós-natal) e as neurociências fez com que o comportamento se destacasse como um objeto de pesquisa privilegiado; um objeto que era, historicamente, uma preocupação da psicologia, que já tinha construído uma outra práxis para lidar com a homossexualidade.

4.2 **O fenômeno transexual**

É nessa perspectiva que a experiência que compreendemos atualmente como transexualidade surge em nossa história. Os tratamentos hormonais de homossexuais que vimos até agora, normalmente feitos compulsoriamente, visavam inibir o desejo sexual "invertido". Segundo Pierre-Henri Castel (2001, p.93), algumas intervenções cirúrgicas de "mudança de sexo", compreendidas como corretivas, já ocorriam pelo menos desde 1912, a julgar por uma correspondência entre Hirschfeld e Steinach. Ao final da 1ª Guerra Mundial, o

cirurgião britânico Harold Gillies realizou as primeiras faloplastias[162] que se tem notícia, em veteranos de guerra que haviam perdido o pênis, mas a técnica só seria aplicada em um contexto de modificação corporal nos anos 1930. Outros casos pontuais e, em larga medida, experimentais são registrados nas décadas de 1920 a 1940, mas com certo caráter obscuro, e pouco ou nenhum apoio da comunidade científica, que, quando se detinha sobre o assunto, focava a reposição hormonal nos termos que vimos mais acima.

É muito difícil para o historiador da ciência identificar um marco zero da abordagem científica da transexualidade exatamente pela confusão que mencionei entre as dimensões de orientação sexual e identidade de gênero como as entendemos hoje. A literatura contemporânea sobre transexualidade comprova isso; é raro encontrar dois autores que iniciem um histórico da condição no mesmo ponto. Contudo, julgo ser útil não apenas para manter uma coerência temporal em nossa história, como para não perder de vista a ligação com a endocrinologia e a testosterona, começar a contar essa história a partir de 1949. É nesse ano que o médico David O. Cauldwell escreveu na revista de divulgação científica *Sexology* sobre Earl, uma "mulher biológica", que queria se masculinizar. Reprovando os tratamentos cirúrgicos, Cauldwell cunhou o termo "*psychopatia transexualis*", título do artigo, em explícita referência ao livro de Krafft-Ebing (CASTEL, 2001, p.96; LEITE JR, 2011, p.141). Vale ressaltar que o primeiro uso da categoria "transexualismo" data de 1910, utilizado por Hirschfeld para se referir ao que denominou de "transexualismo psíquico", e só volta a ser utilizado 40 anos depois por Cauldwell (ARÁN&MURTA, 2009, p.25).

Se há diferença no início da história, a literatura é consensual ao afirmar que a divulgação popular da condição decorre de uma reportagem publicada em 1º de dezembro de 1952 no *The New York Daily News* contando a história de vida do estadunidense George Williams Jorgensen Jr. sob a sensacionalista manchete *Ex-GI becomes blonde beauty: Operations transform Bronx youth*. Jorgensen, segundo Jorge Leite Jr. (2011, p.142-3), influenciado pela descoberta do trabalho do Dr. Christian Hamburger da Dinamarca com hormônios femininos, decide procurar o endocrinologista, o que o faz em 1951. No mesmo ano, iniciou o tratamento hormonal e teve seus testículos retirados. Em 1952, retirou o pênis e fez os lábios, mas foi desencorajado a fazer o canal vaginal, o que parece ter aceitado facilmente, pois, supostamente, queria parecer uma mulher, não ter relações sexuais (Jorgensen tinha repulsa à homossexualidade, que considerava imoral, e, pelo visto, ao sexo

[162] Faloplastia é o procedimento cirúrgico que visa, originalmente, aumentar as dimensões do pénis humano, seja em comprimento ou espessura. Mais recentemente, serão considerados faloplastias diferentes procedimentos que visam a (re)construção total ou parcial do pênis, também chamadas de neofaloplastias, voltada principalmente para homens transexuais.

em geral). Adotou então o nome de Christine em homenagem ao médico. Voltando aos EUA, a reação da mídia foi espetacular. Ao contrário das experiências com as quais a própria Christine havia tido acesso, que estavam no campo do "circo dos horrores",

> Jornais, revistas e todo tipo de material de divulgação, tanto os considerados sérios como os sensacionalistas, estampam em sua página principal a "incrível" história de um militar, a quintessência da masculinidade ocidental, que se "transforma" em uma literalmente, mulher provocante. Quase automaticamente, Christine Jorgensen torna-se uma celebridade, participando de entrevistas, programas de rádio e tudo o mais o que, através da espetacularização de sua figura, pudesse render algum lucro econômico e social (LEITE JR., 2011, p.142).

Christine buscava organizar esse interesse midiático, optando sempre pelas justificativas biológicas e hormonais sobre sua condição (LEITE JR., 2011, p.143). Em 1954, chega a ser eleita "a mulher do ano". O interesse na vida de Christine não se restringe às páginas sociais, mas está associado a um ganho de interesse no tema, até então marginal, da transexualidade na Academia. Assim, em 1953, é publicada a primeira grande teoria sobre o transexualismo, ainda no campo da endocrinologia. Harry Benjamin publicava *Travestismo e Transexualismo* no *International Journal of Sexology*, republicado no ano seguinte no *American Journal of Psychotherapy*. Nele, Benjamin define o diagnóstico de transexualismo e prescreve a intervenção cirúrgica ao invés de psicoterapia, ao contrário de Cauldwell (LEITE JR., 2011, p.145; BENTO, 2006, p.40).

Em 1954, Benjamin publicava *Eu quero mudar o meu sexo*, uma carta autobiográfica de um homem que se percebe como mulher e pede ajuda ao médico. Benjamin responde, no que seria uma resposta comum dos médicos a essa pergunta, afirmando compreender esse desejo, porém explicando que o sexo é determinado no nascimento, logo, não pode ser mudado. Ainda assim, indica a cirurgia para "adequar o corpo físico à imagem ansiada pelo sujeito", ressaltando os riscos e afirmando que, mesmo assim, seu sexo permanecerá sempre masculino. Depois da cirurgia, não será nem homem nem mulher, mas neutro. Feminino, afirma Benjamin, é apenas o sexo psicológico (LEITE JR., 2001, p.146). Nesse ponto, percebemos a filiação de Benjamin à pesquisa endocrinológica do período, que, como vimos, começa na década de 1950, a delinear o efeito permanente dos hormônios pré-natais no cérebro.

Neste artigo, Benjamin também diferencia "travesti" de "transexual" de forma bastante direta: travesti "representa" o papel de mulher, ao passo que transexual "deseja ser e funcionar como mulher", física, mental e sexualmente[163]. A partir dessa diferença, estabelece uma

[163] Não é minha intenção afirmar aqui que haja de fato uma diferença entre "travesti" e "transexual" enquanto categorias identitárias, uma diferença que é largamente situacional, mudando de acordo com o contexto no qual

tipologia em três categorias de "travestidos". O primeiro, "o travestido principalmente psicogênico", é o tipo clássico descrito por Hirschfeld, cujo tratamento seria psicológico, haja visto que o desejo nesse caso seria da aceitação pela sociedade, não da transformação corporal. O segundo seria "o tipo intermediário", que oscilaria entre o "travestismo" e o "transexualismo". O tratamento nesse caso deveria ser hormonal. Por último, haveria o "transexual somático-psíquico", cujo caso exemplar é a Christine Jorgensen. Nesse caso, deveria haver acompanhamento psicológico, mas o principal tratamento seria hormonal e cirúrgico. Benjamin conclui afirmando que a transexualidade é rara em "mulheres biológicas", sendo percebida pelo médico mais como um caso extremo de homossexualidade feminina do que "travestismo" ou "transexualismo" (LEITE JR., 2011, p.147).

É interessante observar alguns pontos da obra de Benjamin, um verdadeiro divisor de águas na abordagem científica da transexualidade. Podemos perceber elementos dos primeiros tratamentos dados a essa questão, baseados na sexologia e na endocrinologia sexual do início do século, e já algumas características que se tornariam centrais na segunda metade do século. Benjamin ainda tem a preocupação em tipologias de "transexualismo", como era comum nos textos acadêmicos sobre "homossexualismo" da década de 1930 e, ainda anterior, os tratados da primeira onda da sexologia. Isso demonstra como a ciência ainda encontrava grandes dificuldades de separação entre o que percebia como diferentes graus da "doença". A disputa de qual ciência tinha legitimidade sobre a "questão sexual" já se fazia presente: Benjamin divide cuidadosamente o que deve ser tratado pelo psicólogo e o que compete ao médico, clínico ou cirurgião. A tipologia de Benjamin estabelece as bases que irão constituir num futuro imediato a noção de um "transexual verdadeiro", ainda presente na psiquiatria contemporânea e nas políticas de saúde destinadas a pessoas transexuais, e o faz majoritariamente a partir de uma diferença com a figura do "travestido", que deseja apenas "representar" uma figura feminina. Nesse processo, abre as portas para o questionamento das diferentes etiologias possíveis para cada uma dessas experiências. Por último, exclui da tipologia – e da experiência transexual em última instância – a possibilidade de transição de mulher para homem, seguindo com a "tradição" do campo de ignorar as lésbicas no tratamento do "homossexualismo". De fato, a visibilidade de homens transexuais[164] é bastante tardia, seja no discurso médico, na mídia ou no senso comum[165].

---

cada categoria é acionada. Assim, para pensar essa diferença na cultura, ver Bruno Barbosa (2010); na política, Mario Carvalho (2011); na ciência, Leite Jr. (2011), dentre outros.

[164] Utilizo a categoria "homens transexuais", ou simplesmente "homens trans", para identificar pessoas assignadas ao nascer como do sexo feminino, mas que se constroem naquilo que reconhecem como masculino ou homem.

No que tange à etiologia do transexualismo, uma questão que será central no campo, Benjamin advoga a favor da bissexualidade original biológica e até psíquica, mas defende a existência de um sexo verdadeiro, que seria genético (LEITE JR., 2011, p.146). Com isso, o endocrinologista faz um amálgama das duas posições majoritárias no campo, considerando a hipótese de bissexualidade da psicanálise, mas defendendo que o sexo "de verdade" está no campo do biológico.

Outro nome que terá grande influência sobre o tema é um antigo conhecido nosso. Em 1955, John Money utiliza de forma inédita no campo o conceito de gênero, influenciado pelo "papel social" de Talcott Parsons, e postula que a identidade sexual é moldada até os 18 meses de vida. Apesar da influência do sociólogo, Money mantinha "a tradicional inteligibilidade do gênero, ou seja, que pessoas com pênis deveriam ser 'masculinas' e sentir atração afetiva-sexual por mulheres e vice-versa" (LEITE JR., 2011, p.148). Assim, suas intervenções em *tomboys* visavam "corrigir" o corpo de acordo com uma lógica binária e heterossexual de gênero. Vale ressaltar, contudo, que a pesquisa de Money envolvia pessoas intersexo; havia uma definida condição – a Hiperplasia Adrenal Congênita – que não apenas o mantinha numa relação estreita com a genética, como em certa medida o afastava da necessidade de criação de uma nova classificação. Todavia, sua grande contribuição para o "transexualismo" estava na introdução no campo do conceito de gênero, e na ideia de que havia uma identidade sexual que se fixa entre um e dois anos após o nascimento.

Para completarmos as três principais teorias médicas que organizam o diagnóstico de transexualismo, em 1964, o psiquiatra e psicanalista Robert Stoller cria o conceito de "identidade de gênero"[166], que seria

> a mescla de masculinidade e feminilidade em um indivíduo, significando que tanto a masculinidade quanto a feminilidade são encontradas em todas as pessoas, mas em formas e graus diferentes. Isso não é igual à qualidade de ser homem ou mulher, que tem conotação com a biologia; a identidade de gênero encerra um comportamento psicologicamente motivado. Embora a masculinidade combine com a qualidade de ser homem e a feminilidade com a qualidade de ser mulher, sexo e gênero não estão, necessariamente, de maneira direta relacionados (STOLLER, 1993 *apud* LEITE JR., 2011, p.148).

Com essa definição, o campo afinal separa gênero de sexo. A identidade de gênero em Stoller não pressupõe a orientação sexual; aliás, não há qualquer menção ao desejo ou a

---

[165] Para um debate mais profundo sobre a emergência de homens transexuais na cena pública brasileira, ver Simone Ávila (2014) e Mario Carvalho (2015).

[166] O conceito de "identidade de gênero" ganhará força no decorrer do tempo, chegando a compor a categoria diagnóstica de "transtorno de identidade de gênero" no DSM-IV, além de ter sido incorporado ao vocabulário dos direitos sexuais pelo movimento LGBT, tanto nacional quanto internacionalmente.

práticas sexuais. Porém, os domínios permanecem muito bem delimitados: ser homem ou mulher é dado pela biologia, sendo, portanto, imutáveis, o que corrobora com a resposta de Benjamin à pessoa que lhe escreveu pedindo ajuda; por outro lado, a identidade de gênero é mutável e está no campo do psicológico. Não é possível afirmar por essa passagem se e como Stoller, um psicanalista estadunidense, hierarquizava essas dimensões. Ainda assim, há ao menos uma alta frequência de que a masculinidade/feminilidade combine com o homem/mulher, dando a entender que essa seria a configuração mais "normal". Entretanto, o oposto não carrega um caráter automaticamente patológico, o que sem dúvida é uma inovação. Por outro lado, uma velha ideia aparece subjacente aqui: a noção de um sexo quantitativo, no qual a diferença sexual é uma questão de "formas e graus". Além disso, há algo de "feminino" em homens, assim como também há elementos masculinos na mulher.

De toda forma, a essa definição de identidade de gênero foi adotada pelo campo, assim como a separação entre sexo/biológico e gênero/social. Cirurgias de "conversão sexual" começam a ser realizadas em diferentes lugares na metade dos anos 1960, com destaque para a clínica de Money nos EUA, que opera pela primeira vez em 1965. Nesse primeiro momento, era comum que as cirurgias fossem determinadas judicialmente (CASTEL, 2001, p.98), o que demonstra a co-produção entre medicina e direito no "transexualismo", como já existia no tratamento do homossexualismo. Porém, ainda não havia padronização alguma nesses tratamentos.

Isso seria resolvido em 1966, quando Benjamin lança *O fenômeno transexual*, estabelecendo as bases para uma padronização do tratamento que ainda se mantêm atualmente. Nesse livro, o endocrinologista propõe uma nova classificação, que divide o sexo em várias categorias: (1) genético ou "cromossomático" (XX/XY); (2) anatômico, que se subdivide em genital (pênis/vagina) ou gonadal (germinal – testículos/ovários e endócrino ou hormonal); (3) psicológico; (4) social; e (5) jurídico. Benjamin também defende a separação entre sexo e gênero, de forma que o sexo envolve sexualidade, e o gênero, "o lado não sexual do sexo". Mas o sexo verdadeiro vem dos cromossomos, que estabelecem o sexo genético, e daí as gônadas (LEITE JR, 2011, p.150). Outro ponto que merece destaque no livro é a definição de um padrão para reconhecimento de transexuais: "uma 'profunda infelicidade' com o membro do sexo designado, não o considerando como seu sexo 'real' e 'interior'; aversão a seu aparelho genital, acompanhado de um profundo desejo de 'mudá-lo' e a orientação sexual vista como não homossexual" (LEITE JR., 2011, p.151). Esses seriam os critérios para o diagnóstico diferencial do transexualismo, em oposição ao "travestismo", que, também de forma inovadora, é apresentado por Benjamin como "um desconforto de gênero",

e não mais como uma perversão. Além disso, insiste que esses fenômenos são médicos, e não criminosos.

O que talvez tenha contribuído mais para a fama posterior desse livro é a proposta de Benjamin de uma "Escala de Orientação Sexual" (*Sexual Orientation Scale – S.O.S.*). Baseada na Escala Kinsey, inclui desde ideias ocasionais de usar roupas do sexo oposto até o desejo de mudar o genital. Com isso, o endocrinologista propõe uma nova classificação, dividida em três grupos. O primeiro grupo, de travestis, se subdivide em três tipos: (1) "pseudo-travesti", que se veste como o sexo oposto ocasionalmente; (2) "travesti-fetichista", que o faz para obter prazer sexual; e (3) "travesti verdadeiro/a", que teria essa tendência desde a infância, e se comporta como o sexo oposto, mas não deseja realizar modificações corporais (por vezes, pode ser um caso de transexualismo latente). O segundo grupo é composto por pelo tipo 4, "transexual não indicado para cirurgia", pessoas que oscilariam entre o travestismo ocasional e o desejo de viver como o outro gênero, porém, fazendo apenas pequenas intervenções corporais, não havendo desejo de alterar a genitália. Finalmente, o terceiro grupo comporta dois tipos: (5) "transexual de intensidade moderada", que vive como o outro gênero, quer mudanças corporais e tem uma libido muito baixa; e o (6) "transexual de intensidade alta" é o tipo exemplar, que vive como o outro gênero, deseja as intervenções corporais (principalmente a cirurgia genital), não tem libido e sofre muito. A cirurgia genital seria indicada apenas no grupo 3. É importante perceber que esses grupos não correspondiam a estágios (LEITE JR., 2011, p.152).

Em relação à orientação sexual, Benjamin diz que a pessoa transexual é homossexual em relação à anatomia, mas é heterossexual em relação à psique; contudo, havendo relações sexuais, essas devem ser heterossexuais, e a cirurgia deve garantir isso. Com isso, conclui que a pessoa travesti tem um problema social; a transexual, de gênero; e a homossexual, sexual. A transexualidade em "mulheres biológicas" continua sendo rara para Benjamin. A transexualidade em geral é causada por um ainda não definido problema genético ou endócrino, mais do que psicológico, porém, as pessoas transexuais são fisiologicamente "normais" e não devem ser confundidas com pessoas intersexo (para Benjamin, hermafroditas). Benjamin ainda reitera que não existe "mudança de sexo", pois o sexo nunca será mudado. Além disso, a psicoterapia não serve nem para "curar" nem para "mudar" o sexo, é apenas um paliativo para conformar o sujeito à sua condição. Em diálogo com a psicanálise, afirma que transexuais não são psicóticos, uma discussão presente ainda hoje entre as correntes psicanalíticas (LEITE JR., 2011, p.153-4).

Dois anos mais tarde, em 1968, Stoller lançava *Sexo e gênero*, no qual apresentou o conceito de "núcleo da identidade de gênero" (CASTEL, 2001, p.98), que seria uma "convicção" de que o sexo anatômico está de acordo com o sexo psicológico, primeiro passo para uma identidade de gênero fundamental. Com isso, Stoller inaugura a ideia de um gênero "nuclear", que se estabelece na primeira infância e seria imutável.

> Da mesma maneira que a biomedicina e os cirurgiões buscam, ainda hoje, a fonte de um "verdadeiro sexo", em algum local cada vez mais profundo do corpo (genitais externos → gônadas → genes → região determinante do sexo no gene Y (SRY)), este psicanalista busca – e assim cria – a origem de um verdadeiro gênero" cada vez mais profundo na mente (gênero → identidade de gênero → núcleo da identidade de gênero). (LEITE JR., 2011, p.155).

Assim, o "fenômeno transexual" ganhava sólidas bases científicas, tanto a partir de uma abordagem médica quanto psicológica. Nesse processo, também são estabelecidas as bases de um tratamento padrão: em 1969, é fundada a *Harry Benjamin Association*, que viria a organizar as Normas de Tratamento (*Standard of Care – S.O.C.*) para o acompanhamento médico de transexuais, ainda em voga (LEITE JR., 2011, p.154). Com isso, torna-se possível fazer uma clara separação entre casos de transexualidade, "travestismo", intersexo e homossexualidade, que seria impossível antes das obras de Benjamin, Money e Stoller.

Por mais que fique claro que existem diferenças entre essas condições, os critérios de identificação de cada uma não eram muito consensuais (como não o são até os dias atuais). Uma demonstração dessa indefinição é visível nas frequentes mudanças de nome para se referir à condição/patologia. Confirmando essa fluidez, em 1973, Money, junto com Norman Fisk e o cirurgião plástico Donald Laub, criam o termo "disforia de gênero" (CASTEL, 2001, p.100), que era percebido como clinicamente mais amplo que "transexualismo", potencialmente cobrindo uma gama maior de experiências de trânsito de gênero. O novo termo é aceito com relativa tranquilidade, e, já em 1977, a *Harry Benjamin Association* muda de nome para *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association – HBIGDA*, mas permanece usando "transexualismo" em textos oficiais (LEITE JR., 2011, p.155).

O evento que marca definitivamente a separação entre o "homossexualismo" e o "transexualismo" é a histórica reunião da *American Psychiatric Association* (*APA*) em 1973, que retira o diagnóstico de "homossexualismo" do seu famoso manual (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*[167]) através de uma votação com um único voto

[167] "O DSM foi criado em 1952 pela Associação Americana de Psiquiatria como uma alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID), à época em sua sexta versão, produzida pela Organização Mundial da Saúde. Desde então seu objetivo tem sido normalizar e homogeneizar a classificação psiquiátrica, sempre alvo de críticas por sua baixa confiabilidade, tendo conhecido até o momento seis versões – I, II, III, IIIR, IV e IV-TR."

de diferença. Essa votação é resultado de uma vitoriosa articulação do movimento social para despatologizar a homossexualidade (o que incluiu também a substituição do sufixo "-ismo", compreendido como denotando doença, por "-idade", considerado mais adequado). Assim, o diagnóstico de "homossexualismo" foi retirado na edição seguinte do manual (*DSM III*, lançado em 1980). Coincidentemente ou não, foi nessa mesma edição que entra a categoria de transexualismo (como *gender identity disorder*, ou "transtorno de identidade de gênero", TIG, na rubrica 302-5X), agora definitivamente separada da homossexualidade. Com isso, a separação entre as duas condições é oficialmente resolvida, mas permanece numa incômoda, ainda que vaga, associação no senso comum.

Ainda assim, Money e Patricia Tucker lançavam, em 1975, o livro *Sexual signatures – on being a man or a woman*, onde diferenciaram "identidade sexual" de "papel sexual": "a identidade sexual é a experiência particular do papel sexual, e o papel sexual, a expressão pública da identidade sexual". Já adotando a nova nomenclatura, afirmavam que a homossexualidade, assim como o "transexualismo" e o "travestismo" (compulsão por se vestir como o sexo oposto) são problemas psicossexuais. A diferença entre travesti e transexual seria que o último só possuiria uma identidade sexual, ao contrário do primeiro, que possuiria uma dupla identidade sexual. Reiteram ainda que não existem "mulheres biológicas" travestis. Os transexuais são apresentados como não sendo psicóticos, e seu tratamento deve ser hormonal e cirúrgico. Nesse livro, Money se refere diretamente à teoria dos hormônios pré-natais, da qual sabemos que era um signatário. Cruzando-a com a teoria do "núcleo da identidade de gênero" de Stoller, concluiu que os adultos não podem alterar o "núcleo essencial" de seus "esquemas sexuais" (LEITE JR., 2011, p.156-7)

A partir da análise desses três autores, temos uma ideia de como surge, na medicina, o "fenômeno transexual". Longe de pretender fazer uma genealogia da transexualidade, que remontaria a um período mítico em torno de categorias como "andrógino" e "hermafrodita", como muito bem feito por Jorge Leite Jr. (2011), meu objetivo nesse breve histórico era demonstrar um ponto de interseção entre a (neuro)endocrinologia e a psicologia ou sexologia[168], ao mesmo tempo em que introduzia um dos principais grupos que utilizam testosterona atualmente, os homens transexuais. Entretanto, como vimos, os homens transexuais estavam à margem dos estudos sobre transexualidade nesse período – as pesquisas

(RUSSO&VENÂNCIO, 2006, p.463-4). Atualmente, está na sua quinta versão (que, curiosamente, substitui o algarismo romano pelo arábico – DSM-5), lançada em 18 de maio de 2013.

[168] Outras interseções são também muito profícuas para refletir sobre a transexualidade, como a mídia, tanto analógica quanto digital, conforme visto em Ávila (2014); com o direito, conforme Miriam Ventura (2010); ou através da organização no movimento social, conforme Carvalho (2015); dentro outros.

afirmavam constantemente que o fenômeno de uma transexualidade masculina seria, na verdade, um caso extremo de lesbiandade. Retomarei esse ponto com a devida atenção na última parte dessa tese.

4.3 **A classificação do diagnóstico**

Estabelecidos os fundamentos teóricos do diagnóstico de "transexualismo", finalmente diferenciado da despatologizada condição de homossexualidade; do estigmatizado "travestismo"; e da congênita intersexualidade, a medicina pode se dedicar a padronizar e regulamentar o tratamento desses corpos afligidos pela "disforia de gênero". Como em tantas outras condições medicalizadas, as pessoas identificadas como transexuais irão por conta própria buscar o acompanhamento médico, convencidas do caráter patológico de suas expressões de gênero ou apenas para conseguir acesso às modificações corporais desejadas.

> A reivindicação transexual desenvolveu-se numa dialética sutil entre a oferta tecnológica (a dos endocrinologistas e cirurgiões movidos pela compaixão, mas também preocupados em testar hipóteses sobre a natureza humana e suas determinações biológicas) e uma demanda de cuidados mais e mais estruturada por um discurso padronizado, oferecendo aos médicos a imagem exata do que eles esperavam de seus doentes, e repetindo estereótipos transmitidos numa subcultura transexual, validando e estabilizando esta situação como digna do interesse dos médicos. (CASTEL, 2001, p.78).

Nessa coprodução do diagnóstico entre a profissão médica e os próprios indivíduos transexuais, Castel (2001) divide seu histórico da transexualidade em quatro fases. A primeira remonta "às origens da sexologia, em Magnus Hirschfeld, origens indissociavelmente científicas (com uma ambição taxonômica positivista) e militantes, pois a despenalização da homossexualidade sempre constituiu seu alvo (alvo conscientemente procurado)" (CASTEL, 2001, p.80). O interesse nesse primeiro momento era um novo estatuto social, e principalmente jurídico, para os casos de "homossexualismo" e "transexualismo", ainda de difícil separação e ainda criminalizados. A segunda fase se refere ao desenvolvimento da endocrinologia, que "fundamentalmente preparou a aceitação da maior parte das teses sociológicas sustentadas após 1945 sobre a identidade sexual, e que irão tornar possível o 'fenômeno transexual'." (CASTEL, 2001, p.80). Dos conceitos propostos pela endocrinologia, é possível chegar até

> A terceira fase, que vai de 1945 a 1975, é a mais rica em acontecimentos. A tradição americana de sociologia empírica e sua teoria da influência determinante do meio vai conduzir muitos pesquisadores a explorar conjuntamente a questão da

> socialização dos hermafroditas, dos indivíduos geneticamente anormais, dos meninos com órgãos genitais acidentalmente mutilados, e dos transexuais. A mediatização do caso Jorgensen, GI feminizado em 1952, ilumina todo o período fornecendo um cenário padrão inúmeras vezes recopiado e/ou revivido pelos futuros candidatos à mudança de sexo (CASTEL, 2001, p.80).

Na seção anterior, analisei principalmente essa fase, destacando o papel das explicações psicológicas (tanto as behavioristas quanto as psicanalíticas) na interseção com a endocrinologia. Porém, em meio a esse processo interno à ciência, a sociedade entrava num período de profunda reflexão acerca do *status quo* e uma negação dos valores e hierarquias estabelecidos. Conhecido como contracultura, o final dos anos 1960 trouxe uma intensa organização, principalmente da juventude europeia e estadunidense, em diferentes movimentos sociais que viriam a organizar essa crítica em bandeiras de luta. Data desse período uma segunda onda feminista, assim como a organização de um "movimento homossexual", que iriam questionar, na militância e na Academia, os pressupostos de gênero e a imutabilidade da diferença sexual binária. Esse contexto será determinante para a percepção da transexualidade, assim como para seu tratamento médico.

> A quarta fase se abre, no meio dos anos 70, com a reivindicação libertária de uma despatologização radical do transexualismo, e a ideia de que a identidade sexual é em si um preconceito e limita a liberdade individual. A rejeição da psicanálise atinge então um tal grau que mesmo a ideia de uma solução psicoterapêutica do transexualismo não está longe de passar por uma fraude ou por um assassinato da liberdade. Simetricamente, o transexualismo está de mais a mais descrito como neuroendocrinológico, por oposição a toda forma de psicogênese (e sobretudo psicanalítica). O "transgenerismo" (transgender), que reúne as aspirações tanto dos transexuais quanto dos transvestistas e de certos homossexuais de apresentação deliberadamente ambígua, cristaliza então as aspirações militantes e as teorias culturais do gênero, fazendo portanto (apesar das aparências) boa convivência com as versões mais biologizantes do "distúrbio da identidade de gênero" (CASTEL, 2001, p.81).

É nessa ambiguidade entre uma abordagem patológica (endocrinológica em detrimento de psicológica) e uma resposta do movimento social e das próprias pessoas transexuais que se organizaram os primeiros programas nacionais de tratamento do "fenômeno transexual". Tal ambiguidade é necessariamente conflituosa, e não sejamos ingênuos de pensar que o campo científico estivesse satisfeito e harmônico em relação às teorias que sustentavam as possibilidades de intervenção. Entretanto, gostaria de ressaltar que a transexualidade estará (e ainda está) todo o tempo sendo coproduzida por diferentes setores da ciência e do movimento social, com a intervenção dos Estados nacionais pressionada por todos os lados dessa disputa. Da mesma forma, também não podemos olhar para essa disputa como dois lados de uma trincheira; a militância e a ciência, nesse caso, nunca compuseram dois polos coesos, mas uma multiplicidade de pontos de vista que criava e rompia alianças mútuas nos diferentes contextos que se apresentavam.

Essas disputas ficam evidentes ao observarmos as mudanças do DSM II para o DSM III, especialmente no abandono das explicações psicanalíticas, substituídas por uma forte biologização. Segundo Jane Russo e Ana Teresa Venâncio (2006), a nova edição foi marcada por uma ampla "re-medicalização da psiquiatria".

> Uma nova versão do manual (o futuro DSM-III) foi preparada entre 1974 e 1979, e publicada em 1980. Sua publicação representou uma ruptura absoluta com a classificação que até então era utilizada. Essa ruptura se deu em três níveis, que se articulam entre si, como veremos a seguir: no nível da estrutura conceitual rompeu com o ecletismo das classificações anteriores presentes nos livros-texto clássicos majoritariamente utilizados na clínica psiquiátrica, propondo não apenas uma nomenclatura única, mas sobretudo, uma única *lógica classificatória*; no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, representou uma ruptura com a abordagem psicanalítica dominante no âmbito da psiquiatria norte-americana; e, por fim, no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forjou não apenas novas concepções sobre o normal e o patológico mas também participou do engendramento de grupos identitários (RUSSO&VENÂNCIO, 2006, p.464-5, grifos no original).

A abordagem dos antigos "desvios sexuais" não escapou dessa biologização. De toda forma, foi o avanço das técnicas de cirurgia genital, aliadas a uma distribuição mais ampla de hormônios sexuais, que possibilitaram a popularização do diagnóstico e sua apropriação por pessoas que já vivenciavam experiências diversas de trânsito de gênero. Para Márcia Arán, esse "avanço da biomedicina" corresponde a um dos dois dispositivos que fundamentam a transexualidade; o outro, seria a "noção de 'identidade de *gênero*' como uma 'construção sociocultural', independente do *sexo* natural ou biológico" (ARÁN, 2006, p.50, grifos no original). A autora destaca ainda a "centralidade da matriz binária heterossexual" como um "sistema regulador da sexualidade e da subjetividade" que foi normatizado através do diagnóstico de transexualismo.

A influência da indústria farmacêutica, que rapidamente percebe um nicho de mercado a ser explorado para seus produtos hormonais, e a divulgação da imprensa de casos de "mudança de sexo", ainda que sensacionalista e/ou moralista, cumpriram o papel de divulgação científica entre o público leigo. A midiatização do caso de Jorgensen, por exemplo, levou a uma intensa procura pelo médico que a operou, repetindo o mesmo fenômeno vivido por Krafft-Ebing e Voronoff. "Hamburger teria recebido 465 cartas de pessoas que se identificaram com a história de George e demandaram tratamento" (ARÁN, 2006, p.53, nota 5).

Esse é o contexto no qual, em 1987, a edição revisada do *DSM III* apresentaria a condição como "disforia de gênero", uma causa para o "distúrbio de identidade de gênero". Ao longo dos 1980, diversos países europeus aprovaram legislações mais ou menos progressistas regulamentando o tratamento. Uma notável exceção foi a Polônia, que, em 1988,

interditou as cirurgias de "mudança de sexo". No mesmo ano, foi lançada oficialmente a campanha pela despatologização da transexualidade a nível mundial (CASTEL, 2001, p.106). Em paralelo, é inegável que o avanço da epidemia de AIDS levou a uma "repatologização epidemiológica" da homossexualidade, que teve efeitos sobre as movimentações pela despatologização da transexualidade. Para Simone Ávila (2014, p.26), a descrição dos homossexuais como um "grupo de risco" no final dos 1980, coloca as experiências de gênero e sexualidade não normativas "dentro de um imaginário biopolítico da coletividade sob ameaça, reiterando a norma heterossexual por meios sanitários". Vale ressaltar, contudo, que essa repatologização parcial levou à organização de um movimento social específico de pessoas trans no Brasil, primeiramente protagonizado por travestis e muito associado à prostituição, mas que vai se expandindo ao longo dos anos 1990 e 2000 para incluir outras experiências trans, conforme apresentado por Mario Carvalho e Sérgio Carrara (2013).

Em 1994, a *APA* lança uma nova versão do *DSM* (IV), na qual o agora chamado de "transtorno de identidade de gênero" dependeria da presença de quatro critérios: (A) "uma forte e persistente identificação com o gênero oposto" que não pode visar "vantagens culturais" do outro sexo; (B) deve haver "um desconforto persistente com o próprio sexo", decorrente de uma "sensação de inadequação no papel de gênero deste sexo"; (C) o diagnóstico só pode ser feito na ausência "de uma condição intersexual física concomitante"; e (D) deve haver "um sofrimento clinicamente significativo" (ARÁN, 2006, p.54). Com essa definição, fica clara a diferença em relação às outras condições não-normativas de gênero e sexualidade, em especial a intersexualidade. Além disso, mantém-se a noção da existência de um verdadeiro sexo e de uma identidade de gênero construída em oposição à anatomia do corpo. Talvez ainda mais importante seja o critério D – como diferenciar um sofrimento inerente à própria transexualidade, o que confirmaria seu caráter patológico, ou um sofrimento causado pelo estigma social de não se adequar às normas de gênero?

> [...] a transexualidade se caracteriza por uma condição de intenso sofrimento. Essa experiência decorre não apenas por uma percepção de não-pertencimento ao *sexo* dito biológico, mas sobretudo pela precariedade social proveniente da não-aceitação dessa condição por parte da norma cultural vigente. [...] esse mesmo diagnóstico é também um vetor de patologização e de estigma, o qual muitas vezes acaba por atribuir uma patologia ao paciente sem problematizar as questões históricas, políticas e subjetivas a propósito da psiquiatrização da condição transexual. Além disso, fica claro que essa "condição transexual" não significa nenhuma "incapacidade mental"[169], sendo que a maioria das pessoas tem total condição de exercer a autonomia de decidir sobre o seu próprio corpo (ARÁN, 2006, p.60).

[169] Essa discussão sobre o caráter patológico da transexualidade continua bastante viva, e teve amplo lastro na psicanálise, especialmente entre os lacanianos. Ver Arán (2006), Castel (2001) e Leite Jr. (2011).

Focando o contexto brasileiro, Simone Ávila (2014, p.141) destaca como o ano de 1997 foi um divisor de águas para o movimento (à época) GLBT e especialmente para a transexualidade. Esse ano assistiu o surgimento comercial da internet; a distribuição gratuita de medicamentos para tratar o HIV pelo SUS; a primeira Parada do Orgulho LGBT de São Paulo (que viria a se tornar a maior do mundo anos depois); e, mais importante para essa discussão, a aprovação pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) das cirurgias de redesignação sexual no país, que deixam de ser consideradas "crime de mutilação", através da Resolução 1482/97. Com isso, as cirurgias de "mudança de sexo" são aprovadas no Brasil, ainda em caráter experimental, e, portanto, realizadas apenas em hospitais públicos universitários. Os critérios para a realização da cirurgia repetiam em larga medida aqueles listados no DSM-IV, e mencionavam a necessidade de um acompanhamento médico por pelo menos dois anos.

É importante ressaltar que, através do processo transexualizador, cria-se uma porta de entrada para uma população que costumava estar alheia ao serviço de saúde. Guilherme Almeida e Daniela Murta (2013) analisam as mudanças na legislação e os entraves atuais ao atendimento de pessoas trans no SUS, que esbarra numa série de dificuldades. A demanda por esses serviços é crescente, num contexto de escassez de recursos técnicos e de pessoal que afeta o SUS como um todo, e impede a ampliação de vagas disponíveis. O mercado privado de saúde não cobre os procedimentos do processo transexualizador, e não parecia haver nenhuma movimentação do órgão regulador (a Agência Nacional da Saúde – ANS) para pressioná-lo nesse sentido. Nos procedimentos não experimentais[170], ou seja, no caso de mulheres transexuais, os planos de saúde não dão cobertura aos procedimentos, apesar de haver um número na Classificação Internacional de Doenças (CID). Com isso, as filas excedem em muito os dois anos preconizados nas regulamentações, de forma que "prolonga-se desnecessariamente um estado de insatisfação e, em muitos casos, de ausência de cidadania em seus termos mais elementares (direitos civis, direito de propriedade, direito ao trabalho)" (ALMDEIDA&MURTA, 2013, p.395).

Apesar disso, não se pode negar o peso simbólico e político do reconhecimento da existência de pessoas transexuais pelo Governo brasileiro, através tanto da menção à transexualidade em documentos oficiais, como na própria construção de políticas públicas específicas para essa população, como argumentado por Carvalho (2011, p.119-120). Olhando essa história na sequência, é preciso admitir que foi um longo caminho percorrido, tanto na

[170] No caso, relativos apenas às mulheres transexuais. Os procedimentos na transexualidade masculina permanecem sob caráter experimental.

ciência quanto na política, desde a condenação de sodomitas em tribunais europeus na passagem do século XIX para o XX até a possibilidade de reconhecimento, ainda que falho e parcial, da cidadania de múltiplas vivências sexuais e de gênero.

5 O APRIMORAMENTO DO DESEMPENHO: ENTRE O TÔNICO E A FRAUDE

Everything that helps is permitted
Armin Klümper, 1984

Independente do controverso uso da testosterona na homossexualidade ou transexualidade, o fato é que a testosterona agora estava no mercado, e a indústria precisava vender. Os cientistas discordavam acerca de quase tudo que envolvia a testosterona, mas o público continuava demandando uma molécula que ora era descrita como um afrodisíaco, ora como um elixir de juventude. Além disso, as disputas dos cientistas estavam distantes da realidade cotidiana dos clínicos, para quem a indústria divulgava seus produtos. Assim, apesar de todas as controvérsias, o mercado de testosterona seguia, ainda que bem menos lucrativo que o comércio dos hormônios femininos.

John Hoberman (2005) analisa a história do uso de testosterona e argumenta que a molécula ocupa um contraditório lugar como um tônico ou um estimulante que a torna muito sedutora no imaginário popular, mas deixa a ciência mais reticente ao seu uso. De fato, como já vimos até aqui, e já adianto que o mesmo se repete até os dias atuais, a testosterona está frequentemente envolta em polêmicas e hesitações por parte dos cientistas e médicos, ao passo que é largamente utilizada por leigos (e leigas) em geral, por diferentes motivos. Para Hoberman (2005), o caráter de tônico foi fortemente explorado pela indústria para aumentar as vendas dos androgênios.

> Do ponto de vista do *marketing*, o produto ideal combinaria o poder do *doping* com a familiaridade confortável de um remédio caseiro. Tais produtos são conhecidos como tônicos, *boosters* de desempenho que mantiveram sua inocência graças à legitimidade concedida pela sociedade a medicamentos populares que estão envoltos em uma aura de tradição. Os tônicos do século XIX prometiam revigorar o organismo sem violar seus limites naturais. Hoje, o termo tônico evoca uma substância que ganhou seu lugar numa popular farmácia de remédios caseiros e bebidas à base de plantas que são simplesmente imunes a perguntas sobre o uso "legítimo" ou "ilegítimo". É este *status* especial que torna o conceito de tônico interessante, pois significa um aprimoramento de desempenho dentro de limites que parecem ser sancionados por uma tradição popular (HOBERMAN, 2005, p.33, tradução livre[171]).

[171] No original: "From a marketing standpoint, the ideal product would combine the power of a doping drug with the comfortable familiarity of a home remedy. Such products are known as tonics, performance boosters that have kept their innocence, thanks to the legitimacy bestowed by society on folk medicines that are enveloped in an aura of tradition. The tonics of the nineteenth century promised to invigorate the organism without violating its natural limits. Today the term tonic evokes a substance that has earned its place in that popular pharmacopoeia of home remedies and herbal beverages that are simply immune to questions about "legitimate" or "illegitimate" use. It is this special status that makes the concept of the tonic interesting, since it signifies performance enhancement within limits that appear to be sanctioned by a folk tradition".

Se essa ideia de um tônico permanece de alguma forma viva no imaginário popular envolvendo a testosterona, a categoria "estimulante" era amplamente usada nos anos 1920 a 1940 para se referir aos androgênios, e aos hormônios em geral, como o próprio nome hormônio indica. A descrição dos efeitos da testosterona como um tônico, uma ação tônica ou uma atividade tônica também era lugar comum nos artigos publicados nesse período. Investindo sobre essa ideia é que a indústria irá alavancar as vendas dos androgênios. Por mais que esses esforços tenham dado algum fruto, o livre comércio da testosterona nos anos 1930-40 permanecia limitado pelos freios dos cientistas, que se baseavam nos mesmos velhos motivos.

> Os obstáculos científicos e sociais à realização de pesquisas sobre o funcionamento sexual, por um lado, e um folclore profundamente enraizado sobre sexo que influenciou tanto a opinião popular como a doutrina médica, por outro. Independente das dificuldades causadas pela complexidade dos sistemas biológicos, as inibições sociais a discussões públicas sobre sexo atrasaram a aquisição de conhecimentos clinicamente úteis ao desencorajar o financiamento da pesquisa[172]. [...] A negligência médica em relação às questões sexuais também foi encorajada pela repulsa dos médicos aos charlatães que ofereciam as práticas e os vícios sexuais públicos desde tempos imemoriais. (HOBERMAN, 2005, p.71-2, tradução livre[173]).

Essa ambiguidade, associada aos resultados contraditórios das pesquisas, deixavam os clínicos bastante confusos, e a seção de perguntas do *Journal of the American Medical Association* (JAMA) em 1936 e 1937 traziam um sem número de dúvidas envolvendo a novidade do tratamento com "hormônios do testículo" puros (HOBERMAN, 1994, p.44). As respostas dos editores, por sua vez, tendiam a ser bem cautelosas. Com algumas exceções pontuais, o *JAMA* constantemente alertava para os riscos de um uso excessivo da terapia hormonal.

Essa cautela não era de forma alguma reiterada na mídia leiga, muito pelo contrário. Como vimos, a imprensa foi uma grande aliada na época das glândulas de macaco, e cobria com renovado entusiasmo os recentes resultados positivos vindos dos laboratórios. Em setembro de 1935, a *Time* comemorava a síntese de testosterona, afirmando que os laboratórios estavam prontos para produzir "toda a testosterona que o mundo precisa para

---

[172] O financiamento de pesquisa foi um fator preponderante na história do estudo científico da sexualidade. Diversos pesquisadores, inclusive alguns bastante famosos na área, tiveram que manter linhas das pesquisas mais "respeitáveis" para garantir o financiamento, ou só começavam a estudar assuntos relativos ao tema depois de uma carreira "séria" consolidada, conselho frequentemente dado por grandes nomes do campo aos seus alunos. Para uma análise sobre o financiamento em pesquisas sobre sexo, ver Bullough (1994).

[173] No original: "scientific and social impediments to carrying out research on sexual functioning, on the one hand, and a deeply rooted folklore about sex that influenced both popular opinion and medical doctrine, on the other. Quite apart from difficulties caused by the complexity of biological systems, societal inhibitions about public discussions of sex delayed the acquisition of medically useful knowledge by discouraging the funding of research. […] Medical neglect of sexual matters was also encouraged by physicians' disgust at the quacks and charlatans who had been offering the public sexual nostrums and de vices from time immemorial".

curar homossexuais, [e] revitalizar homens velhos". Um mês antes, a *Newsweek* (na época, *News-week*) afirmava que a testosterona era a "secreção que um dia pode prevenir a esterilidade prematura e as características femininas em homens" (HOBERMAN, 2005, p.55, tradução livre[174]).

Em 1938, Marius Tausk publicava no *Het Hormoon* uma revisão da literatura médica que demonstrava o uso em larga escala dos dois principais ésteres de testosterona na época, o acetato e o propionato de testosterona (OUDSHOORN, 1994, p.104). A essa altura, já se sabia que a ação farmacológica do hormônio era significativamente maior com a esterificação da molécula. No mesmo ano, o alemão *Journal of Physiological Chemistry* relatou a síntese laboratorial da androstenediona, classificada no *Index Medicus* como um novo androgênio (HOBERMAN, 2005, p.47). Hoje, a androstenediona é descrita como um intermediário na via metabólica da testosterona, e um androgênio relativamente fraco. Na época, porém, a novidade indicava que ainda havia espaço na pesquisa para "descobertas" de novos androgênios, e não apenas para as alterações sintéticas, chamando atenção das indústrias para seus potenciais usos comerciais.

Contrariando a resistência da comunidade científica ao uso pleno dos androgênios, a indústria adotava práticas cada vez mais agressivas para a venda de seus novos produtos. Assim, em 1939, Saul van Zwanenberg, do Conselho Diretor da Organon, se encontra com Elmer Bobst da indústria Roche-Nutley em Nova York para fundar uma subsidiária nos EUA. A Roche-Organon, como viria a ser chamada, receberia os hormônios produzidos na Holanda para venda no mercado americano. O primeiro produto a ser comercializado foi justamente o propionato de testosterona, batizado de *Neo-Hombreol*. Bobst ficou responsável pela publicidade do novo medicamento, que foi distribuído gratuitamente entre médicos, numa prática que se disseminava rapidamente. Apresentada como um medicamento experimental, não havia clareza quanto aos seus efeitos – aumentaria os "atributos masculinos mais proeminentes" (que seriam a performance muscular e o desejo sexual) perdidos na velhice (HOBERMAN, 2005, p.106). O hábito da distribuição gratuita entre médicos tornava-se fundamental para o comércio de medicamentos, e ia aos poucos construindo um afastamento da pesquisa de ponta por parte dos clínicos, à medida que crescia a aproximação e dependência teórica da indústria.

A lógica de Bobst era simples: se os hormônios sexuais funcionavam para o climatério feminino, deviam funcionar também no caso masculino. E assim, passou a divulgar o novo

[174] No original: "all the testosterone the world needs to cure homosexuals, [and] revitalize old men"; "secretion that one day might prevent premature sterility and feminine characteristics in men".

tratamento, que consistia em uma injeção inicial seguida de aplicação de pomada para a manutenção dos efeitos. Mais uma vez, a procura foi enorme, e a Roche-Organon recebeu mais pedidos do *Neo-Hombreol* do que de qualquer outro de seus medicamentos. Morris Fishben, na época no corpo editor do *JAMA*, fez duras críticas ao que considerou uma postura muito agressiva por parte de Bobst, que estaria enganando médicos ignorantes e/ou ingênuos acerca dos efeitos dos hormônios sexuais, uma crítica cada vez mais frequente. Explicitando como a clínica já havia se tornado mais permeável ao discurso da indústria farmacêutica do que ao da Academia, o editorial só serviu para dobrar as vendas, segundo o próprio Bobst. Porém, a polêmica sobre o *Neo-Hombreol* acaba drasticamente quando Bobst se recusa a liberar a licença de produção do medicamento para a Parkes, Davis & Abott, que recorre judicialmente, e o medicamento acaba sendo retirado do mercado (HOBERMAN, 2005, p.106-7).

A reserva do *JAMA* e das agências reguladoras à comercialização de hormônio masculino acionava, de novo, a narrativa do charlatanismo. Logo depois do incidente com o *Neo-Hombreol*, o *Council on Pharmacy and Chemistry* qualifica como "extravagante" o uso de testosterona, acusando a imprensa de explorar o "apelo naturalmente popular" em torno da substância. Nessa nota, "declara o Perandren (Ciba), o Oreton (Schering), e o Neo-Hombreol (Roche-Organon, Hoffman-La Roche) como 'inaceitáveis para a inclusão na *New and NonOfficial Remedies*'[175]" (HOBERMAN, 2005, p.316, nota 107, tradução livre[176]). Por essa nota, percebemos que já havia, apenas quatro anos depois do isolamento da molécula, ao menos três medicamentos à base de testosterona no mercado estadunidense.

Esse episódio marca um cenário que seria bastante comum nos próximos anos, envolvendo diferentes indústrias farmacêuticas. Em 1940, por exemplo, a Schering é acusada de má fé devido à publicidade envolvendo um hormônio gonadotrópico comercializado com o nome de marca *Anteron*. A indústria já havia sido alvo de uma polêmica recente ao usar o nome de Edward Doisy para promover seu medicamento *Progynon-B* como o "verdadeiro hormônio sexual feminino", o que foi rapidamente denunciado pelo bioquímico (HOBERMAN, 2005, p.50). Pouco tempo depois, o *JAMA* lança novo editorial alertando o público para o perigo do uso "promíscuo" de testosterona, que acabaria por conferir uma "má reputação" a uma substância "extremamente útil" (HOBERMAN, 2005, p.107). A ideia de

[175] Pelo que pude averiguar na internet, a *New and NonOfficial Remedies* era uma lista de novos medicamentos atualizada anualmente pelo Council of Pharmacy and Chemistry, entre 1907 e (pelo menos) 1957. Não posso afirmar se a lista continua sendo publicada, sob o mesmo nome ou reformulada.

[176] No original: "declares Perandren (Ciba), Oreton (Schering), and Neo-Hombreol (Roche-Organon, Hoffman-La Roche) to be 'unacceptable for inclusion in New and NonOfficial Remedies'".

uma substância séria corrompida por um uso desregrado é recorrente na história da testosterona.

Enquanto a Academia busca apoio nas agências reguladoras para controlar o avanço da indústria sobre a opinião médica e leiga, a imprensa segue celebrando a nova panaceia. No mesmo ano de 1940, a *Science News Letter* afirma efusivamente: "Esfregue químicos sexuais nas suas gengivas para prevenir a perda de dentes" (HOBERMAN, 2005, p.56, tradução livre[177]). Não encontrei nenhuma referência a um uso odontológico de testosterona, mas a frase deixa claro como era difundida a ideia de que os hormônios sexuais resolveriam uma infinidade de problemas.

Para além dos problemas políticos inerentes ao jogo científico, envolvendo a pesquisa, a indústria, as agências reguladoras, os clínicos e a imprensa, de maneira geral, os médicos tinham pouca compreensão dos usos dos diferentes hormônios. Essa confusão era aprofundada pela mencionada distância da clínica para o laboratório e pelo *lobby* da indústria, e fica explícita ao observarmos uma série de perguntas feitas por médicos no *British Medical Journal* ou no *JAMA*.

> Uma virgem passaria pela menopausa mais cedo do que uma mulher casada? O instinto sexual sobreviveria à menopausa? Castrar um homem neutralizaria a compulsão por cometer "crimes sexuais" contra crianças ou "crimes maníacos sexuais" contra adultos? Poderiam os crimes sexuais ser causados pelo consumo de carne ou de aves tratadas com hormônios? A falta de excitação sexual poderia afetar o sistema nervoso de uma mulher normal? A circuncisão feminina poderia curar frigidez? Haveria um medicamento para suprimir o impulso sexual em homens com esposas frígidas? Por que as prostitutas nunca engravidavam? A perda de desejo sexual pós-parto seria uma síndrome reconhecida? Haveria um afrodisíaco seguro para essas mulheres? [...] Haveria um "tratamento com glândulas sexuais" para aumentar o tamanho do pênis? Haveria uma terapia hormonal para aumentar o tamanho dos seios? As injeções de hormônios sexuais poderiam aumentar a fertilidade do marido e da esposa? (HOBERMAN, 2005, p.76, tradução livre[178]).

A amplitude de temas abarcadas nessa questão – consequentemente, a amplitude de (possíveis) efeitos dos hormônios sexuais – mostra o quão perdidos esses médicos estavam acerca das possibilidades da reposição hormonal. Por outro lado, essas indagações abordam os

[177] No original: "Rub sex chemicals on gums to prevent loss of teeth".

[178] No original: "Would a virgin go through menopause earlier than a married woman? Would the sex instinct survive menopause? Would castrating a male counteract a compulsion to commit "sex crimes" against children or "sex maniac crimes" against adults? Could sex crimes be caused by eating hormone-treated meat or poultry? Could lack of sexual excitement affect the nervous system of a normal woman? Could circumcising a woman cure her frigidity? Was there a drug to supress the sex urge in men with frigid wives? Why did prostitutes never become pregnant? Was a post-childbirth distaste for sex a recognized syndrome? Was there a safe aphrodisiac for such women? […] Was there a 'sex-gland treatment' to increase the size of the penis? Was there a hormone therapy to increase the size of a woman's breast? Could sex hormones injections increase fertility in husband and wife?".

principais grupos a serem tratados com testosterona: o homem que envelhece, a mulher sexualmente desregulada[179], e os desviantes sexuais.

Apesar das críticas, o tratamento hormonal desses corpos se destacava como uma proeminente seara comercial para a indústria, que seguia envolvida em escândalos publicitários. Em 1941, portanto no ano seguinte ao caso do *Anteron*, a Schering é novamente acusada judicialmente. Dessa vez, o problema envolveu uma nova molécula, a pregneninolona[180] (17α-etiniltestosterona), uma progestina. Em 1942, a empresa se envolveria em nova polêmica, dessa vez devido ao fornecimento de comprimidos de metil-testosterona para cientistas testarem o efeito do hormônio na performance muscular de homens velhos (HOBERMAN, 2005, p.50).

Mantendo a lógica da ambiguidade sobre os androgênios, no mesmo ano de 1942, o *JAMA* lançava um editorial afirmando que os androgênios "exercem uma ação tônica e estimulante, talvez associada aos seus efeitos metabólicos" (HOBERMAN, 2005, p.34), mas, ao mesmo tempo, criticava justamente o diagnóstico de climatério masculino e o uso da testosterona como um "elixir de juventude". Já em 1945, divulgava em novo editorial que uma dose de 25mg de testosterona "é geralmente adequada quando a formulação é usada pelos seus efeitos tônicos" (HOBERMAN, 2005, p.34). Essa seria a tônica do *JAMA*, dividido entre uma defesa dos efeitos benéficos dos androgênicos e a denúncia de um uso irracional da testosterona turbinado pela indústria e pela imprensa.

Em certa medida, é possível dizer que contrasta com publicações do *Journal of Clinical Endocrinology*, já que esse periódico tende a divulgar os resultados clínicos onde os androgênios estão de fato sendo utilizados mais amplamente, como ficará perceptível em diversas passagens ao longo desse capítulo. Ver as publicações sobre testosterona nesses dois periódicos em perspectiva é interessante, pois nos chama atenção para a diferença entre eles, um mais voltado para a clínica e mais permeável ao *lobby* da indústria, e o outro mais cauteloso, reproduzindo a pesquisa de ponta. Com isso, seguimos percebendo as

[179] Opto por não descrever os usos de testosterona em mulheres cis nessa tese, mas destaco que, no início dos anos 1940, houve uma utilização plena e paradoxal da molécula para "regularizar" a sexualidade de mulheres, seja no sentido de minimizar um "excesso" de desejo sexual, ou para curar a frigidez feminina. A hipertrofia do clitóris e o crescimento de pelos corporais, aliados à pouca eficácia do tratamento, serviram de justificativa para abandonar o uso entre mulheres até sua retomada renovada no século XXI. Sobre o uso no pós-guerra, ver Hoberman (2005). Sobre o uso contemporâneo, ver Livi Faro (2016).

[180] A pregneninolona, ou 17α-etiniltestosterona, ainda comercializada atualmente, é uma progestina (ou seja, uma progesterona sintética) com atividade androgênica derivada da testosterona. Introduzida no mercado em 1939, foi a primeira progesterona sintética lançada comercialmente, e a primeira ativa por via oral. Até então, apenas a própria progesterona havia chegado ao mercado, em 1934, mas era administrada por via intramuscular.

transformações nas relações entre esses atores no campo que já vinha sendo delineada nos capítulos anteriores.

Ainda que seja possível traçar essa diferença, é sempre bom lembrar que essas relações não são estanques, nem sequer constantes. Por exemplo, também em 1945, o microbiologista Paul de Kruif, que havia descrito os hormônios sexuais como reprodutores químicos da guerra dos sexos nos primórdios da endocrinologia sexual, lançou um livro que se tornaria uma citação comum na década seguinte, um verdadeiro manifesto intitulado *The Male Hormone.* Favorável à reposição de testosterona, o livro de de Kruif ganha uma matéria de página inteira na *Newsweek*, além de citações diretas de trechos na *Reader's Digest*, provando que cientistas e a imprensa podem sim ter boas relações.

Esses exemplos demonstram como a rede na qual se situa a testosterona vai se alterando com a entrada e saída de diferentes atores e o jogo político subjacente. Se na década anterior, as definições bioquímicas ganharam destaque, e, antes delas, o binarismo biológico ocupava o lugar central, nessa década, o foco parece repousar no efeito, trazendo a clínica para a frente do palco novamente. Quando falo em "efeito" aqui, não me refiro apenas a uma ação terapêutica, ou seja, ao efeito no sentido do conceito farmacodinâmico; mas a uma noção um pouco anterior, que ainda misturava na aridez molecular da farmacologia algumas pitadas de uma medicina menos positivista e mais holista. Ainda não havia a necessidade incontornável do mecanismo de ação, e efeitos podiam ser descritos como feito em 1946 pelo cirurgião de Chicago Victor Lespinasse: como um "estimulante corporal geral" (HOBERMAN, 2005, p.34), algo que dificilmente seria considerado científico na contemporaneidade. Esse lugar de "estimulante geral" ou "tônico" esteve presente na defesa (e mesmo no ataque) aos usos iniciais da testosterona.

Outra questão interessante, recorrente na história da testosterona, é o caráter científico do que se diz sobre os hormônios. Em 1951, a Schering lança um filme chamado *The Male Sex Hormone*, para incentivar a promoção do diagnóstico de climatério masculino que convenceu um número significativo de clínicos, mas, como de costume, desagradou a *AMA*.

> Suas descrições da anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais masculinos serviram um propósito real em uma época em que o treinamento médico incluía pouco ou nada sobre fisiologia sexual. O filme também discute os usos clínicos da testosterona para o hipogonadismo, que ainda é um procedimento padrão, e distúrbios ginecológicos, que foram pouco resolvidos por terapia androgênica. Finalmente, recomenda a testosterona para o "climatério masculino" – uma proposta que a *American Medical Association* chamou de "controversa" e se recusou a endossar (HOBERMAN, 2005, p.51, tradução livre[181]).

[181] No original: "Its descriptions of the anatomy and physiology of the male sex organs served a real purpose at a time when medical training included little if anything about sexual physiology. The film also discusses the clinical uses of testosterone for hypogonadism, which is still a standard procedure, and gynecological disorders,

Analisando o conteúdo do filme, fica difícil decidir se o mesmo se trata de um manifesto, como o livro de de Kruif, uma peça publicitária, um relato clínico ou um trabalho acadêmico. Mesmo a forma como é apresentado é duvidosa: pode um filme ser considerado científico? Essa é uma pergunta que receberia diferentes respostas na Academia do século XXI, imaginemos então em 1951! Porém, era recheado de informações eminentemente científicas, assim como os diversos folhetos da mesma indústria farmacêutica. E pode uma indústria produzir um conhecimento científico sem que esteja em clara associação com um laboratório universitário, como no caso da Organon e o laboratório de Laqueur na Universidade de Amsterdam? Essa é outra pergunta sem uma resposta consensual. De toda forma, o papel da indústria seria fundamental nos usos de testosterona – e, arrisco dizer, em toda a medicina – a partir dos anos de 1940.

5.1 **Um elixir de juventude**

Assim, se a testosterona cumpria o papel de "resolver" experiências de gênero e sexualidade desviantes, seu uso para tratar problemas sexuais "normais" do envelhecimento masculino continuava no mesmo lugar marginal entre médicos e cientistas. O tratamento da impotência sexual, principal queixa masculina a julgar pelas cartas enviadas ao *Journal of the American Medical Association* (JAMA) no período, dividia fortemente a opinião médica. Em 1936, por exemplo, os cirurgiões estadunidenses Oswald Lowsley e James Bray publicaram um artigo no periódico no qual consideraram o fracasso de cirurgias para curar impotência "uma benção disfarçada" ("*a blessing in desguise*"), chamando atenção para o risco de aumento da pressão sanguínea com "o exercício excessivo relacionado às relações sexuais". A manutenção de uma vida sexual ativa a partir de certa idade ainda era considerada imoral. No ano seguinte, um médico do Maine questionava no *JAMA*, com visível indignação, se a medicina deveria sustentar a ideia de que um homem, para demonstrar o amor à sua esposa, precise se comportar "a vida inteira como um potente homem das cavernas" (HOBERMAN, 2005, p.44).

---

which were poorly served by androgen therapy. Finally, it recommends testosterone for the "male climacteric" – a proposal the American Medical Association called "controversial" and that it refused to endorse".

Se os discursos conservadores em relação ao sexo na velhice eram mais sonoros, a prática clínica apontava na direção oposta: ainda em 1936, era possível ler nas principais revistas especializadas relatos muito elogiosos do uso da eletroterapia para "estimular os músculos sexuais enfraquecidos", ou seja, para curar casos de impotência sexual (HOBERMAN, 2005, p.66). Para Hoberman (2005), essa divergência passa pelo papel auto imposto da medicina (e, acrescento, da ciência positivista como um todo) como um motor rumo ao progresso da humanidade. Nessa perspectiva, as mudanças corporais associadas à velhice não podem ser vistas com a resignação que alguns propunham; seria uma obrigação do médico aplicar o que existe de mais avançado na medicina para "reverter" as características degeneradas pelo tempo. E o que havia de mais avançado no final dos anos 1930 era o tratamento hormonal.

Dentre os derivados de testosterona mais comuns na virada para a década de 1940, a metil-testosterona era a que parecia ter melhores resultados rejuvenescedores. Basta lembrarmos que uma das disputas jurídicas envolvendo a Schering se referia justamente ao fornecimento dessa molécula, em 1942, para retomar a performance muscular de homens velhos, como citei acima. É interessante enfatizar como essa é uma das primeiras menções ao uso da testosterona visando o anabolismo muscular. Essa era uma ação já conhecida do hormônio, observada desde os tempos dos testes em cobaias dos anos 1920, mas que demora a ser aplicada em humanos, eclipsada pelas polêmicas afrodisíacas e rejuvenescedoras. O que a Schering visava era ainda testar essa possibilidade, possivelmente abrindo as portas para uma nova indicação clínica, planos que haveriam de ser sabotados pela contundente crítica do *JAMA*, também já mencionada, ao diagnóstico de climatério masculino e o uso da testosterona como um "elixir de juventude".

Fica a dúvida se a ideia de um rejuvenescimento muscular era também um incômodo, ou se o "elixir de juventude" se referia exclusivamente à atividade sexual na velhice. Mas, apesar disso, a clínica seguia as indicações da indústria, e, poucos meses depois, um médico de Virginia envia uma carta ao mesmo periódico perguntando se o propionato de testosterona funcionaria para curar a perda de ereção em um paciente de 60 anos. A resposta dos editores segue a mesma linha: a causa é a idade, e nada pode ser feito (HOBERMAN, 2005, p.108). Ainda em 1942, os médicos Stanley Goldman e Mark Markham, citando o trabalho de Havelock Ellis, publicam no *Journal of Clinical Endocrinology* que o propionato de testosterona pode ser usado por homens entre 50 e 65 anos "quando eles reclamam de sintomas vagos e aparentemente sem relação". Décadas mais tarde, a Academia estaria mais

aberta à ideia do climatério masculino tratado com testosterona, porém sempre oscilando entre culpar o sensacionalismo da indústria e/ou da mídia ou incentivar o uso efusivamente.

De forma análoga à metil-testosterona, o *JAMA* afirmou, em 1944, que o propionato de testosterona não curava impotência sexual, insistindo que essa era normal da idade, e atentava para o risco de um incentivo à promiscuidade através do uso do medicamento (HOBERMAN, 2005, p.109). Como já se tornava lugar comum, o *Journal of Clinical Endocrinology* parecia bem mais aberto ao uso de androgênios para reverter problemas da velhice, publicando, no mesmo ano, um artigo defendendo o uso de metil-testosterona para manutenção da capacidade de trabalho do homem que envelhece (HOBERMAN, 2005, p.111). Ver essas duas publicações juntas chama atenção para a similaridade na linha argumentativa, ainda mais ao considerarmos as diferenças entre os periódicos que apontei acima: ambos trazem justificativas socioeconômicas para justificar suas colocações, seja positivamente, como no caso da manutenção da capacidade de trabalho depois de uma certa idade; ou negativamente, como numa promiscuidade química disseminada entre os usuários. Inclusive, é preciso destacar como as duas problemáticas permanecem ainda bem presentes na possibilidade de rejuvenescimento via hormônios, como em períodos anteriores. É interessante manter uma população (masculina) economicamente ativa num mundo que passa por uma transição demográfica, e que perdeu um número gigantesco de jovens em outra guerra mundial, mas precisa-se evitar uma atividade sexual considerada excessiva na velhice. E a testosterona continua incentivando ambas sem nenhuma seletividade aparente.

> A testosterona foi então vista como um medicamento socialmente benéfico e que aprimorava o desempenho no climatério masculino, cujos efeitos ultrapassavam a esfera da satisfação pessoal. Ainda em 1939, o Dr. Charles W. Dunn, da Filadélfia, relatava que a testosterona aumentava a energia mental e física, permitindo assim que os homens mais velhos cumprissem suas "responsabilidades sociais e econômicas". O climatério masculino, ele afirmou em 1945, "é uma síndrome importante porque ocorre principalmente em homens com responsabilidades importantes, homens que necessitavam de energia sustentada, física e mental, ao longo do dia para desempenhar com competência suas responsabilidades atribuídas". A cidadania produtiva originou-se nos hormônios que aprimoram o desempenho masculino (HOBERMAN, 2005, p.110, tradução livre[182]).

Nessa passagem, fica claro que o diagnóstico de climatério masculino tem uma classe social definida, pois parece acometer apenas homens economicamente ativos, produtivos, e

[182] No original: "Testosterone was thus seen as a socially beneficial, performance-enhancing drug for the male climacteric whose effects reached far beyond the sphere of personal satisfaction. As early as 1939, Dr. Charles W. Dunn of Philadelphia was reporting that testosterone increased both mental and physical energy, thereby enabling older men to fulfil their 'social and economic responsibilities'. The male climacteric, he stated in 1945, 'is an important syndrome because it occurs chiefly in men with important responsibilities, men who required sustained energy, physical and mental, throughout the day to perform competently their assigned responsibilities'. Productive citizenship originated in a man's performance-enhancing hormones".

com grande "responsabilidade social e econômica". É interessante ter esse recorte de classe em mente quando chegarmos nos dias atuais, nos quais ele parece ainda se manter, como mencionei na introdução. Porém, não se deve exagerar – em 1946, o médico Albert Hemming denunciava, na *Science Digest*, que só os "desinformados" poderiam continuar acreditando que o uso de "um medicamento inocente" seria o suficiente para transformar um "débil sexual em um lobo" e "octogenários em atletas sexuais" (HOBERMAN, 2005, p.26). Com essa fala, percebemos que o rejuvenescimento continua problemático, porém, começa a surgir uma associação, ainda que apenas retórica, entre a testosterona e os esportes.

Essa associação não é assim tão simples, uma vez que a imagem de um homem jovem e viril precisa ser preservada, e rompê-la costuma gerar grandes incômodos. Vejamos um exemplo aparentemente sem relação. Com o fim da guerra, surgiram, na Inglaterra de 1946, diversos relatos acerca de uma nebulosa condição clínica que passou a ser chamada (suponho que informalmente) de "impotência do soldado". Tal condição se referia a homens que, voltando da guerra, eram incapazes de manter ereção e fazer sexo com suas esposas, ou conseguiam apenas por "uma breve lua de mel" (HOBERMAN, 2005, p.82-3). Rapidamente, surgem médicos dispostos a tratá-los com testosterona, mas a questão parece ter sido abafada. Como bem dito por Hoberman (2005), não é nada surpreendente que os países quisessem evitar tamanha mácula na história de seus veteranos de guerra; mas cabe destacar que a "impotência de soldado" parecia acometer especificamente homens a partir dos 45 anos de idade[183].

Na Inglaterra, essa faixa etária parecia ser bastante vulnerável a certos mitos e inseguranças masculinos do final da década de 1950. O psiquiatra britânico E.B. Strauss, conhecido por desmistificar estereótipos entre o público leigo com argumentos científicos, dialogava com esse público quando afirmou, em 1950, que

> Muitas pessoas [...] "ainda equiparam virilidade e potência. O tipo mais viril de atleta, digamos, um campeão de boxe, pode ser congenitamente impotente, e é freqüentemente, de fato, fraco sexualmente; e é comum para um tipo vigoroso de intelecto, do tipo que, por analogia, podemos chamar de 'viril', ser compatível com celibato completo e ausência de interesse erótico". Acreditar que o tamanho dos genitais é um índice de virilidade e vigor sexual é igualmente falso; na verdade, ele diz, os homens mais magros são suscetíveis a ser mais sexualmente ativos do que tipos maiores. Um estereótipo relacionado sustenta que os homens que trabalham em ocupações "físicas" são mais ativos sexualmente do que aqueles em posições "sedentárias" (HOBERMAN, 2005, p.78, tradução livre[184]).

[183] O diagnóstico de estresse pós-traumático costuma ser associado aos soldados da Guerra do Golfo em 1991, mas é notável que, ao menos entre esses médicos, não se pensasse que a questão pudesse ser melhor resolvida com psicoterapia do que com hormônios.

[184] No original: "Many people […] "still equate virility and potency. The most virile type of athlete, say a champion boxer, may be congenitally impotent, and is frequently, in fact, feebly sexed; and it is common for a vigorous type of intellect, of the type which by analogy we can call 'virile', to be compatible with complete celibacy and absence of erotic interest". To

Ao questionar esses antigos estereótipos de masculinidade (incrivelmente ainda atuais), Strauss traz para esses homens, mais velhos, mais fracos, sedentários, com menor sucesso profissional ou nos esportes, a possibilidade de uma virilidade até então inexistentes. Com isso, todos os homens poderiam ser, afinal, homens. Esses discursos foram apropriados por médicos fora da psiquiatria como justificativa para repor testosterona em idades cada vez menores. Basta repararmos que, à medida que os anos passam, os homens que se submetem a intervenções são cada vez mais jovens; os pacientes de Voronoff chegavam a ter oitenta, noventa anos. Agora, repunha-se testosterona em homens de 45 anos.

Podemos também perceber como o discurso da velhice resignada vai perdendo adeptos ao longo dos anos, ainda que o "efeito estimulante geral" dos androgênios não esteja claro, envolvendo "um obscuro aprimoramento generalizado" ("*obscure over-all enhancement*") de processos fisiológicos não especificados, como afirmava a *Geriatrics* em 1951 (HOBERMAN, 2005, p.34). A quantidade de termos indefinidos – "geral"; "obscuro"; "generalizado"; "não-especificado" – utilizados parece incomodar menos do que alguns poucos anos atrás, se pensarmos nos frequentes editoriais do *JAMA*. Talvez tenha sido esse cenário que possibilitou à Schering lançar o *The Male Sex Hormone* nesse mesmo ano, apesar dos receios da *American Medical Association*.

5.2 **Um tônico muscular**

Uma constante na história da testosterona é justamente essa controvérsia sobre a segurança do uso, e o receio de que os "excessos" do uso desregulado iriam de alguma forma "estragar" um medicamento que poderia ser muito útil quando utilizado adequadamente. Por adequado, leia-se sob estrita supervisão médica. Esse duplo discurso sobre a testosterona estava na base do que talvez tenha sido a maior controvérsia na história do hormônio: seu uso desregrado nos esportes. A testosterona como *doping* manchava a imagem pura do atleta olímpico, cuidadosamente construída ao longo de um século. O *doping* era a prova de uma "depravação moral" que havia se instalado na juventude no pós-guerra. De um medicamento heroico que iria salvar a humanidade devolvendo a virilidade aos veteranos de uma guerra

---

believe that the size of the genitals is an index of virility and sexual vigor is equally false; indeed, he says, men of meager physique are likely to be more sexually active than heartier types. A related stereotype holds that men who work in "physical" occupations are more sexually active than those in "sedentary" positions".

hedionda em um mundo envelhecido, a testosterona passou a ser uma vilã que ameaçava os valores da sociedade. Uma sociedade dividida pela Guerra Fria, onde o Espírito Olímpico, que deveria ser a confraternização entre os povos em paz nos sonhos de Pierre Cobertin, se deteriorava numa caricatura de ultra competitividade, na qual far-se-ia qualquer coisa em nome do acúmulo do maior número possível de medalhas olímpicas, uma medida de soberania nacional.

O único resquício de legitimidade do uso olímpico da testosterona repousava na caneta do médico – sem ele, só haveria doença, trapaça e morte (moral e física); com ele, era possível resgatar, restaurar, até curar o corpo gasto de uma nova personagem social, o atleta olímpico de alta performance. A testosterona, portanto, vira o hormônio da performance, desde que chancelada pela profissão médica.

> A mistura de trapaça atlética e depravação moral autodestrutiva tem sido uma característica permanente da era do *doping*. As condenações ao *doping* no último século tipicamente dependiam de uma combinação de argumentos éticos e médicos – as drogas são injustas e medicamente perigosas – que era inerentemente instável, porque implicava que as drogas do *doping* violavam ambas as normas (HOBERMAN, 2005, p.183, tradução livre[185]).

A crise do *doping* guarda semelhança com o impedimento moral de rejuvenescimento hormonal que marcou o uso mais antigo da testosterona. Da mesma maneira que no uso esportivo, havia uma sensação de "depravação" na possibilidade de reverter características do envelhecimento através da reposição hormonal. O enorme apelo popular da testosterona entre os velhos também se repete entre os atletas. A necessidade do controle médico para controlar potenciais abusos se manifestava em ambos os casos, e, de forma análoga, a própria profissão médica se dividia: existiam aqueles médicos que consideravam qualquer intervenção hormonal um problema moral e/ou de saúde, e havia aqueles que defendiam seu uso como absolutamente seguro. A acusação de charlatanismo repetia-se em ambos os casos, e pairava sobre atletas e velhos o receio de que não passava de um efeito placebo. A indústria farmacêutica incentivava veladamente ambos os casos. Os termos acionados para justificar a hormonização apareciam de forma intercambiável num ou noutro uso. Uma diferença, entretanto, está no papel da mídia, que tendia a incentivar as práticas rejuvenescedoras, mas se posicionou radicalmente contrária ao uso entre atletas.

[185] No original: "The conflation of athletic cheating and self-destructive moral depravity has been a permanent feature of the age of doping. Condemnations of doping during the past century have typically relied on a combination of ethical and medical arguments – drugs are both unfair and medically dangerous – that was inherently unstable, because it implied that doping drugs violated both norms".

Uma justificativa para essa diferença talvez esteja na política de "guerra às drogas" do presidente estadunidense Richard Nixon, que foi lançada em 1968, mesmo ano do início da campanha antidrogas nas Olimpíadas.

> Enquanto as duas cruzadas antidrogas diferem em certos aspectos, ambas têm sido apresentadas como importantes, e até mesmo essenciais, projetos em higiene pública, tanto médica quanto moral. Ambas tomaram como certa a importância dos efeitos de *role-models* para dissuadir crianças e outras pessoas de usarem drogas. Ambas se basearam fortemente na retórica moralizante para evitar a fraude ou um deslizamento para a degeneração induzida por drogas. [...] A similaridade crucial que liga essas cruzadas é uma ênfase no autocontrole, que é retratado como servindo à comunidade mais ampla. (HOBERMAN, 2005, p.181, tradução livre[186]).

O que está em jogo nessas cruzadas é a imagem do homem modelado por substâncias químicas. Já era incômoda a figura do homem mais velho de vigor renovado, na qual o "sexual" era um subtexto presente tanto nos discursos que incentivavam como entre os que reprimiam o uso da testosterona, demonstrando a validade da "hipótese repressiva" discutida por Michel Foucault (2007). Imaginar um atleta cujas vitórias e recordes eram função de uma substância farmacológica, e não do seu próprio esforço, era um pouco demais. Para entender o impacto dessa "fraude" hormonal, precisamos refletir sobre o que está contido na representação do atleta na segunda metade do século XX.

Segundo Rob Beamish e Ian Ritchie (2004, p.357-8), quando o Barão Pierre de Coubertin propõe uma retomada do Jogos Olímpicos da Antiguidade na virada do século XIX para o XX, já se baseava na ideia de reverter a suposta decadência moral e espiritual da civilização industrial do século XIX que tantos advogavam no período[187]. Assim, a ideia de um "espírito olímpico" moderna foi construída em contraponto à percepção de que os campeonatos esportivos haviam se tornado excessivamente mercadológicos e competitivos. Por isso, competiam nas Olimpíadas apenas atletas amadores, que deveriam representar o ideal do atleta sonhado na retomada do clássico por Coubertin.

> O esporte puro dos Jogos estava acima do bem comum – "era uma religião com sua igreja, dogmas, serviço...mas acima de tudo um sentimento religioso" (de Coubertin,

[186] No original: "While the two anti-drug crusades differ in certain ways, both have been presented as important, and even essential projects in public hygiene, medical as well as moral. Both taken for granted the importance of role-modeling effects in dissuading children and others from using drugs. Both have relied heavily on moralizing rhetoric to prevent cheating or a slide into drug-induced degeneracy. […] The crucial similarity that links these crusades is an emphasis on self-control that is portrayed as serving a larger community".

[187] Segundo a enciclopédia virtual Wikipedia, Coubertin organizou um congresso na Sorbonne em 1984 para propor a retomada da tradição de realizar um evento desportivo internacional periódico nos moldes das Olímpiadas gregas. Para tal, foi constituído um Comitê Olímpico Internacional, o COI, do qual o barão seria secretário geral. Para celebrar a tradição, os primeiros Jogos Olímpicos da Era Moderna deveriam ser (como foram) em Atenas, na Grécia, e, daí em diante, tal como na Antiguidade, seriam realizados a cada quatro anos. Dois anos depois, realizaram-se os Jogos Olímpicos de Verão de 1896. Pierre de Coubertin abandonou a presidência do COI após os Jogos Olímpicos de Verão de 1924, realizados em Paris (https://pt.wikipedia.org/wiki/Pierre_de_Coubertin, acessado em 28 de janeiro de 2017).

> 2000: 654), em que os atletas abraçavam "o espírito de cavalheirismo – o que vocês aqui [na Inglaterra] chamam tão agradavelmente de 'fair play'" (de Coubertin, 2000: 588). Os atletas dos Jogos formariam "uma aristocracia, uma elite" que também "seria uma cavalaria" – "'irmãos de armas', bravos homens enérgicos unidos por um laço mais forte que o da simples camaradagem, que é poderoso o suficiente em si mesmo". Os jogos seriam cavalheirescos, onde "a ideia de competição, de esforço que se opõe ao esforço pelo amor do próprio esforço, de luta cortês, porém violenta, se sobrepõe à noção de assistência mútua" (BEAMISH&RITCHIE, 2004, p.358, tradução livre[188]).

Porém, à medida que crescia o *status* das Olimpíadas, crescia também o interesse dos países em se destacar no quadro de medalhas, numa lógica de que um bom desempenho nos esportes era um indicativo de uma nação poderosa. Essa noção surgiu no período entre guerras e ganhou contornos dramáticos na Guerra Fria. Para Beamish e Ritchie (2004, p.359), três fatores estão ligados ao aumento do interesse das nações numa campanha olímpica bem-sucedida: (1) o bom desempenho funcionava como uma ótima propaganda de Governo, pois tinha forte apelo popular; (2) havia um grande interesse comercial e midiático em países que se saíam bem no quadro de medalhas; e (3) para se destacar, era necessário um grande investimento científico no esporte, inaugurando uma "ciência do esporte" nos países mais desenvolvidos. Com isso, a competitividade que "mancharia" os campeonatos de esportes estava estabelecida também nas Olímpiadas, prejudicando o espírito olímpico e a imagem do atleta puro projetada por Coubertin.

É importante destacar que o atleta amador se diferenciava do atleta profissional também pelo uso de *doping*; afinal, o "problema" do esporte profissional era justamente o "vale tudo" para ganhar que impedia o *fair play*. Para Hoberman (2005), os anos de 1950 foram os últimos de uma "era de inocência" em relação ao uso de substâncias para aprimoramento da performance. Junto com a perda dessa inocência, perdeu-se também a imagem romantizada do atleta puro das primeiras Olimpíadas modernas.

> Um *apartheid* cultural separava os amadores livres de drogas dos atletas profissionais, cujo direito de usar drogas era considerado como certo. A revelação sobre o uso de anfetaminas por atletas amadores provocaram, portanto, uma verdadeira consternação. Pessoas bem informadas entenderam que um número significativo de atletas profissionais, humanos e equinos, estavam usando drogas para aumentar seus desempenhos, mas também assumiram que os atletas profissionais gozavam de uma isenção tácita dos padrões éticos que se aplicavam aos amadores (HOBERMAN, 2005, p.183, tradução livre[189]).

---

[188] No original: "The pure sport of the Games was above the common weal – it 'was a religion with its church, dogmas, service . . . but above all a religious feeling' (de Coubertin, 2000: 654) in which athletes embraced 'the spirit of chivalry – what you here [in England] so pleasantly call 'fair play'' (de Coubertin, 2000: 588).3 The athletes of the Games would form 'an aristocracy, an elite' which would 'also be a knighthood' – '"brothers-in-arms", brave energetic men united by a bond that is stronger than that of mere camaraderie, which is powerful enough in itself'. The Games would be chivalrous where 'the idea of competition, of effort opposing effort for the love of effort itself, of courteous yet violent struggle, is superimposed on the notion of mutual assistance'.".

[189] No original: "A cultural *apartheid* separated drug-free amateurs from professional athletes, whose right to use drugs was taken for granted. Revelations about amateur athletes' use of amphetamines therefore provoked real

Quando os atletas olímpicos passam a também usar drogas, a diferença entre o esporte amador e o profissional perde o sentido, e rapidamente, a limitação de que só amadores participassem das Olimpíadas é abandonada. Mas a verdade é que pouco se sabe sobre o uso de drogas no esporte olímpico nessa década (HOBERMAN, 2005, p.184), simplesmente porque ainda não era uma questão ética: incomodava pouco, e a poucos, e era irrelevante se os atletas usavam substâncias para aumentar a performance ou não. Quando muito, questionava-se se as drogas teriam efetividade real, ou seriam apenas placebo. Um ou outro médico questionava se o uso faria mal à saúde do atleta. Tirando os casos que ganhavam os jornais por alguma razão específica, nem se sabe ao certo o que os atletas tomavam na década de 1950 (HOBERMAN, 2005, p.186). Inclusive entre os atletas que se recusavam a usar, muitas vezes por motivos religiosos, não havia um julgamento negativo dos colegas que tomavam as substâncias para aumentar a performance (HOBERMAN, 2005, p.187). Definitivamente, não era ainda uma questão moral. Porém, o que já se falava mesmo nesses primórdios do *doping* era a necessidade do acompanhamento médico; havendo um médico gabaritado para acompanhar o uso, não haveria grandes problemas, um discurso ainda presente entre usuários contemporâneos da testosterona. Entretanto, essa posição jamais seria consensual.

O estatuto ambíguo das substâncias de aumento da performance aparece em uma discussão na reunião da Associação Esportiva Dinamarquesa em 1950, na qual o médico Ove Bøje acusou o colega Mathiesen de administrar "pílulas de hormônio" para remadores numa competição em Milão. Mathiesen se defendeu argumentando que não era *doping*, uma vez que as tais pílulas não eram estimulantes artificiais, mas sim suplementos para "restaurar requerimentos naturais". Um dos presentes comparou a conduta de Bøje à entrada da serpente no paraíso cristão. Argumentou-se que não poderia ser *doping* porque as doses eram muito baixas. O presidente da Associação Dinamarquesa de Remo acusou Bøje de um "ataque malicioso" ao remo dinamarquês, e, por extensão, à própria Dinamarca. Por outro lado, para o presidente da Associação Esportiva Dinamarquesa, aprovar uma legislação anti-*doping*, como chegou a ser proposto, confirmaria que um médico do país fez algo impróprio. Essa discussão é uma das primeiras menções públicas ao uso de hormônio nos esportes, e, analisando os argumentos contrários ao uso dos "estimulantes", todos os fantasmas que estariam associados ao *doping* anos depois aparecem de uma só vez: "*doping* como o Mal, *doping* como uma

---

consternation. Well-informed people understood that a significant number of professional athletes, both human and equine, were using drugs to boost their performances, but they also assumed that professional athletes enjoyed a tacit exemption from the ethical standards that applied to amateurs".

questão de miligramas mais que de motivos, *doping* como ameaça à honra nacional, *doping* como um problema de relações públicas. (HOBERMAN, 2005, p.189, tradução livre[190]).

A testosterona estreia no esporte olímpico oficialmente nas Olimpíadas de Helsinki, 1952. Foram achadas seringas e ampolas vazias no vestiário da equipe soviética de Levantamento de Peso depois de denúncias do técnico da equipe estadunidense Bob Hoffman. Dois anos mais tarde, no Campeonato Mundial de Levantamento de Peso, o médico da equipe soviética admitiu o uso entre seus atletas. A história da testosterona nos esportes está intimamente ligada à Guerra Fria, e, ao saber do uso entre os soviéticos, o médico da equipe dos EUA John Bosley Ziegler iniciou um programa de uso de anabolizantes entre seus atletas (HOBERMAN, 2005, p.187; BEAMISH&RITCHIE, 2004, p.360). Nesse programa, Ziegler desenvolveu a metandrostenolona, que seria liberada no mercado estadunidense em 1958, comercializada pela Ciba. A metandrostenolona é o esteroide anabolizante conhecido como Dianabol, um dos mais utilizados até os dias atuais. Segundo o cientista esportivo da Alemanha Ocidental Wildor Hollmann (em artigo publicado em 1986), os esteroides anabolizantes foram usados primeiramente pela equipe de Atletismo dos EUA a partir de Melbourne 56, e levados pelos atletas estadunidenses para a Europa em Roma 60 (HOBERMAN, 2005, p.331). As Olimpíadas de Roma seriam um momento crítico para o uso de anabolizantes entre atletas olímpicos, marcando o fim da "era da inocência" a que Hoberman (2005) se referia.

Porém, a comunidade médica em geral (fora dos esportes) não estava alheia aos escândalos de *doping* e toda a ambiguidade de posições sobre seu uso. Em 1955, o médico esportivo Adolphe Abrahams fala do uso de drogas (ainda anfetaminas) entre atletas amadores no *JAMA*, recomendando precauções médicas, mas não a suspensão do uso, nem a discussão ética que seria tão comum posteriormente. Abrahams já havia discutido essa questão dois anos antes por cartas enviadas ao *Times* de Londres, e manteve a mesma posição no *JAMA*: se não houvesse efeitos adversos, não sendo um risco para a saúde do atleta, e se fosse amplamente disponível, de forma que todos os competidores pudessem estar em pé de igualdade, não haveria problema em usar. Abrahams apenas se lamenta sobre os recordes obtidos anteriormente, sem as drogas, que seriam supostamente superados muito rapidamente pelos atletas dopados, o que o médico considerou injusto (HOBERMAN, 2005, p.184-5). Por outro lado, os editores do *JAMA* discordaram, achando que o uso deveria ser evitado

[190] No original: "doping as evil, doping as a matter of milligrams rather than motives, doping as a threat to national honor, doping as a public relations problem".

(HOBERMAN, 2005, p.330). Essa posição não surpreende, já que os editoriais do *JAMA* já vinham há alguns anos denunciado um uso abusivo de androgênios.

Em 1957, Abrahams volta a falar sobre *doping* na imprensa, dessa vez, no *Sunday Times* de Londres, com uma mudança no discurso. Agora, já era mais reticente ao uso, afirmando que as anfetaminas eram frequentemente inúteis no esporte, associando seu uso a um efeito placebo que sugestionava os atletas. Além disso, tenta diferenciar drogas que seriam legítimas de outras ilegítimas, o que seria muito difícil.

> Não é fácil, ele observou, "traçar a linha onde o estímulo legítimo termina e o '*doping*' repreensível começa; a distinção é em grande parte uma questão de opinião e consciência. Foi, por exemplo, "antidesportivo" usar oxigênio para escalar o Everest?...Devemos nos abster de "drogas" que abrem o apetite, melhoram a digestão e assim contribuem para o bem-estar físico?" (HOBERMAN, 2005, p.185, tradução livre[191]).

Com essa fala, Abrahams levantava uma questão que permanece sem resposta até hoje. Continua não sendo fácil distinguir entre quais substâncias são legítimas e quais não são; quais características e habilidades humanas podem ou não ser alteradas por medicamentos. E essa questão divide opiniões entre a comunidade científica e a profissão médica. Em 1960, por exemplo, o médico Albert Salisbury Hyman questionava, numa carta publicada no *New York Times*, a liberdade do uso de benzedrina entre estudantes universitários, que parecia não incomodar muita gente, e toda a polêmica que envolvia o uso da mesma anfetamina por atletas. Inclusive, Hyman afirma que os únicos de fato preocupados eram os professores; os estudantes pareciam não se importar em usar, nem que os outros usassem (HOBERMAN, 2005, p.189). Com isso, Hyman de certa forma acusava os detratores do *doping* de pessoas anacrônicas, alheias às mudanças que o mundo exigia na performance (intelectual ou desportiva)[192].

Porém, o discurso anti-*doping* ganharia força nesse mesmo ano. Em Roma 60, o ciclista dinamarquês Knut Enemark Jensen morre competindo depois de tomar roniacol (nome comercial do álcool nicotinílico) em combinação com anfetaminas (HOBERMAN, 2005, p.183). A morte do atleta força o COI a declarar que o uso de substâncias que aprimoram a performance contraria os princípios olímpicos. Em 1962, fechando um longo debate de dois anos, o COI estabelece um Comitê Médico (*IOC Medical Comission*) para investigar o uso de

[191] No original: "It is not easy, he noted, "to draw the line where legitimate stimulation ends and reprehensible 'doping' begins; the distinction is largely a matter of opinion and conscience. Was it, for example, 'unsporting' to use oxygen in ascending Everest? …Are we to refrain from 'drugs' that sharpen the appetite, improve the digestion and so contribute to physical well-being?".

[192] No século XXI, os usos de substâncias químicas para alterar diferentes performances serão duramente criticados por profissionais da bioética, como apontado por Nikolas Rose (2013). Retornarei a essa questão ao final da tese.

drogas, afirmando que as Olimpíadas devem ser "*drug-free*". Assim, em Tokyo 64, foram aplicados testes *anti-doping* pela primeira vez na história. O Comitê Médico fez atletas assinarem termos de compromisso, e aplicou sanções às organizações desportivas nacionais cujos/as atletas testaram positivo (BEAMISH&RITCHIE, 2004, p.361). Entretanto, os/as atletas ainda se recusavam a cooperar com o Comitê Médico do COI, demonstrando a ampla utilização das substâncias. Hoberman (2005, p.197) destaca como a opinião dos atletas era um certo tabu; não se perguntava diretamente aos atletas a opinião sobre o *doping*, nem se sabia ao certo quem usava ou não. Mas, no início dos 1960, o uso de testosterona já estava disseminado no esporte olímpico.

Em 1967, o COI define *doping*, na Regra 28 do Código Olímpico, como "o uso de substâncias ou técnicas em qualquer forma ou quantidade estrangeira ou não-natural para o corpo com o objetivo exclusivo de obter um aumento artificial ou injusto da performance na competição" (BEAMISH&RITCHIE, 2005, p.361, tradução livre[193]). A definição já deixa algumas brechas que serão exploradas. Por exemplo, muitos atletas que testam positivo irão argumentar que tinham outros intuitos com o uso, logo, não teriam o "objetivo exclusivo" de aumentar a performance. De mesma maneira, fica dúbio o que de fato significa um aumento artificial: uma substância produzida pelo organismo é artificial ou natural? E como definir um aumento "injusto"?

O próprio Comitê Médico, na figura de seu presidente Sir Arthur Porrit, falava em aspectos físicos *e morais* do uso de substâncias, que iria de encontro à ideia de cavalheirismo que Coubertin defendia para o esporte olímpico, que soava cada vez mais anacrônica[194]. Em um contexto de Guerra Fria, o uso de substâncias para aumentar a performance era um dos muitos recursos utilizados. No bloco socialista, por exemplo, a seleção de atletas se iniciava ainda em idade escolar. Junto com o intenso treinamento, havia uma plena distribuição de anabolizantes, inclusive antes da puberdade. O Ocidente era mais crítico ao uso no discurso, mas corriam boatos de que o uso era tão disseminado quanto no outro lado, o que foi confirmado pela equipe técnica de diferentes países e em diversas biografias de atletas.

---

[193] No original: "the use of substances or techniques in any form or quantity alien or unnatural to the body with the exclusive aim of obtaining an artificial or unfair increase of performance in competition".

[194] Associada à discussão de *doping*, o COI discutia os critérios de elegibilidade dos atletas, mantendo a limitação de que os competidores fossem amadores, o que deveria ser comprovado pelos países. Esses critérios estavam delineados na Regra 26 do Código Olímpico, conhecida como o Código do Amadorismo. A exigência de atletas amadores tinha como objetivo controlar o enorme investimento econômico e científico no esporte feito pelas grandes nações, que era visto pelo COI como injusto, rompendo a proposta de confraternização dos povos em pé de igualdade que compunha o espírito olímpico. O recurso a substâncias para aumentar a performance era visto dentro dessa perspectiva de investimento econômico e científico para maximizar o ganho de medalhas. Ver Beamish e Ritchie, 2004.

O caráter moral da proibição ficava evidente na lista de substâncias banidas. “Na reunião de 1967 em Teerã, o COI votou para adotar testes de drogas e sexo[195] e gerou sua primeira lista de substâncias proibidas, que incluíam álcool, *pep pills*[196], cocaína, vasodilatadores, opiáceos e haxixe” (BEAMISH&RITCHIE, 2004, p.363, tradução livre[197]). Certamente álcool e haxixe, e mesmo cocaína, a depender da quantidade, não são substâncias que irão melhorar a performance esportiva, muito pelo contrário. Entretanto, estavam contidas desde a primeira lista, e, até hoje, é um escândalo quando uma personalidade esportiva é vista usando drogas recreativas, ainda que fora de competições. Segundo Viviane Teixeira e Alexandre Vaz (2014, p.454-5), o que está em jogo nesse caso é a “imagem social” do atleta, que deve ser um bastião de saúde e pureza.

Nessa primeira lista do COI, ainda não estão presentes os esteroides anabolizantes porque os testes para essas substâncias só foram desenvolvidos em 1973, de forma que só foram incluídos nos Jogos de Montreal 76. Isso também colaborou na disseminação do seu uso, haja visto que tais substâncias não seriam “pegas” nos testes anti-*doping*. O início da década de 1970 marca uma intensa profissionalização do esporte olímpico, que leva a uma busca pelos esteroides anabolizantes, claramente mais eficazes para atingir os objetivos procurados. O uso de anabolizantes, porém, esbarra em outras questões, menos desejadas por atletas e técnicos. Em 1977, Manfred Höppner (Alemanha Oriental) comenta sobre o efeito afrodisíaco dos anabolizantes em atletas mulheres. Algumas atletas teriam até pedido para parar de competir. Esse efeito era muito mal visto, considerado um incômodo que atrapalhava o programa de maximização de medalhas do país, e gerava constrangimentos no treinamento, especialmente no caso de atletas casadas (HOBERMAN, 2005, p.207). Por outro lado, o médico Christian Gehrmann, que sabidamente dopava seus e suas atletas, afirmava, no mesmo ano, porém no lado Ocidental do Muro de Berlin, que alguns regimes de treinamento reduziam a potência sexual dos atletas; tomando esteroides, atingia-se um duplo efeito, pois os atletas melhoravam sua performance nas quadras e pistas, assim como na cama. Mais uma vez, o efeito sexual da testosterona aparece de forma ambígua. Décadas depois, já nos anos 1990, mais de um atleta que testa positivo para esteroides anabolizantes irá argumentar que o uso decorre de problemas na esfera sexual e reprodutiva, assim como usos de cosméticos ou

[195] Nesse mesmo período, o COI instituiu testes genéticos e cromossômicos para verificação do sexo dos (e especialmente das) atletas. Ver Fausto-Sterling (2001) e Silveira e Vaz (2014).

[196] *Pep pills* é um termo informal para comprimidos ou cápsulas de substâncias estimulantes, principalmente anfetaminas.

[197] No original: “At the Tehran meeting of 1967, the IOC voted to adopt drug and sex testing and generated its first list of banned substances which included alcohol, pep pills, cocaine, vasodilators, opiates, and hashish”.

contraceptivos no caso de atletas mulheres. Em todas essas situações, busca-se sair pela tangente argumentando que o esteroide encontrado no teste anti-*doping* não teria por objetivo a fraude nas competições (HOBERMAN, 2005, p.208; VAZ, 2005).

Um dos argumentos mais utilizados para tentar convencer técnicos e atletas a evitar o *doping* passava pela preocupação com a saúde dos atletas. Porém, o argumento perdia força quando era contrastado com o incentivo ao uso do hormônio entre o público geral. Em 1980, por exemplo, Jean Wilson e James Griffin afirmavam na *Metabolism* que o uso de ésteres de testosterona em homens tem poucos efeitos adversos de qualquer tipo, destacando apenas a redução na produção de esperma, que até poderia ser aproveitada como um contraceptivo masculino. Já nas mulheres, seria mais perigoso, mas não havia "contraindicações reais à sua administração em homens", apesar de já se saber dos efeitos no câncer de próstata. Havia uma discrepância entre a maneira como a literatura médica descrevia a testosterona (como algo benigno) desde os 40 e os terrores que o discurso anti-*doping* descrevia nos 1980, de forma que eram raros os médicos que se engajavam em campanhas anti-*doping* (HOBERMAN, 2005, p.201). Com isso, o discurso de saúde era esvaziado, e ficava a sensação de que a proibição do uso era, no limite, apenas moral.

Em mais uma tentativa de controle, a 34ª Assembleia Geral da *World Medical Association* em Londres, em 1981, aprovou uma declaração sobre os princípios éticos que deveriam regular a medicina esportiva. Em 1984, a Associação de Medicina Desportiva da Alemanha repete esse princípio, cujo conteúdo podemos ver a seguir.

> "O médico deve se opor a todos os métodos que não estão de acordo com a ética médica ou que têm consequências prejudiciais para o atleta que os usa; isto aplica-se, em particular, a procedimentos que alteram a composição do sangue ou processos bioquímicos". Mais especificamente, a declaração proíbe "o uso de medicamentos ou outras substâncias, independentemente do seu tipo ou a forma como são introduzidos no corpo, incluindo estimulantes ou sedativos que afetam o sistema nervoso central ou procedimentos que alteram os reflexos de maneira artificial". Também são proibidas as técnicas que reduzem a dor ou outros reflexos de autoproteção, "induzem alterações da vontade ou do estado mental geral", e a "alteração artificial de características relacionadas à idade ou ao sexo". (HOBERMAN, 2005, p.191, tradução livre[198]).

Entretanto, poucos médicos que atuavam no esporte olímpico pareciam dispostos a seguir a recomendação. Em 1982, o médico californiano Robert Kerr escreve o manifesto *The*

[198] No original: "'The physician must oppose all methods which are not in accord with medical ethics or which have injurious consequences for the athlete who uses them; this applies, in particular, to procedures which alter the composition of the blood or biochemical processes.' More specifically, the declaration prohibits 'the use of medications or other substances, irrespective of their type or the manner in which they are introduced into the body, including stimulants or sedatives that affect the central nervous system, or procedures that alter the reflexes in an artificial manner.' Also prohibited are techniques that reduce pain or other self-protective reflexes, 'induced alterations of the will or of the general mental state,' and 'artificial altering of age- or sex-related characteristics.'"

Practical Use of Anabolic Steroids with Athletes. Kerr falava abertamente sobre a prescrição e o acompanhamento do uso de anabolizantes que havia feito com milhares de atletas, fisiculturistas e policias durante os 1970 e 1980. Kerr dava voz a um questionamento comum entre os médicos da época: por que a terapia de reposição hormonal, frequentemente feita com diversos homens, não poderia ser aplicada aos atletas? No manifesto, afirmava ainda que, se a "alteração do normal" não é perigosa para o paciente comum, e traz felicidade e satisfação, ela "não é assim tão ruim"

> Esta frase contém três princípios que desafiam a ética médica tradicional e o *ethos* da doutrina anti-*doping* atual: (1) a alteração da fisiologia humana para fins não terapêuticos é permitida; (2) qualquer procedimento medicamente inofensivo é permitido; e (3) a satisfação pessoal legitima o tratamento médico (HOBERMAN, 2005, p.199, tradução livre[199]).

Seguindo essa perspectiva, Kerr considerava como *doping* apenas substâncias psicoativas, pelo que entendia substâncias recreativas (que dão "onda"). Sobre esteroides anabolizantes, o médico californiano relatava baixíssimos efeitos adversos, desacreditando os médicos que falavam em danos hepáticos, cardíacos ou ao sistema reprodutivo decorrente do uso de esteroides. Indo além, afirmou que nunca tinha visto um efeito que não fosse tratado com um simples ajuste de dose. Assim, o maior problema seria o estigma social, que só seria revertido se o uso estivesse totalmente sobre controle médico (HOBERMAN, 2005, p.199-200). Nesse manifesto, portanto, aparecem duas questões que irão acompanhar o uso de esteroides anabolizantes até os dias atuais: o estigma do uso e a ausência de efeitos adversos quando acompanhado por um médico.

No ano seguinte, em entrevista, Kerr afirmava que os atletas iriam tomar anabolizantes de toda forma, mas que isso não deveria ser motivo de preocupação, ao menos nos EUA, onde a grande maioria dos atletas usava com supervisão médica. Seria então um papel do médico proteger o usuário de sua autodestruição e do risco de overdose (HOBERMAN, 2005, p.200). Outro epicentro da discussão sobre uso de anabolizantes foi a Alemanha, dividida pela Guerra Fria. Por mais que a Alemanha Oriental fosse muito mais explícita em relação ao uso do que a Ocidental, falas como a do médico Armin Klümper (Alemanha Ocidental) deixavam claro que não havia tanta diferença assim. Em 1984, defendendo a privacidade e o direito de escolha do tratamento pelo atleta, ele afirmou que "Tudo que ajuda [o atleta a ganhar] é permitido" (HOBERMAN, 2005, p.195).

---

[199] No original: "This sentence contains three principles that challenge traditional medical ethics and the ethos of current anti-doping doctrine: (1) the alteration of human physiology for nontherapeutic purposes is permissible, (2) any medically harmless procedure is permissible, and (3) personal satisfaction legitimates medical treatment".

Como tais questões dificilmente são consensuais entre a comunidade médica, o médico do Mississipi D.A. Johnson comentava, no *JAMA*, que se espantou com o fato de que dois atletas usuários da anabolizantes não consideravam que o que faziam era uso de drogas (HOBERMAN, 2005, p.197). No mesmo ano (1984), um médico sueco comentava que os esteroides são usados e abusados por milhares de pessoas desde 1960, lançando a provocativa pergunta, "cadê os danos?", num ceticismo que era compartilhado por muitos médicos do período (HOBERMAN, 2005, p.200).

Ainda em 1984, Wildor Hollmann (médico da Alemanha Ocidental, presidente da *World Federation for Sports Physicians*) afirmava que a medicina desportiva havia atingido um limite máximo de aprimoramento, e agora os atletas haviam entrado numa "zona de fronteira (*border zone*) biológica". Um ano depois, afirmaria que o esporte de alta-performance ultrapassou os limites biológicos, e que os médicos não deveriam colaborar com a "*performance mania*" dos superatletas (HOBERMAN, 2005, p.192). Para Hollmann, portanto, a questão do *doping* envolvia uma perda da "naturalidade" do corpo e, consequentemente, da performance causada pelos esteroides anabolizantes.

As controvérsias levaram alguns médicos, contrários ao uso dessas substâncias, a se perguntar se o correto não seria se afastar do esporte olímpico, dominado pelo *doping*. Em 1985, Hollmann respondia às angústias desses médicos afirmando que o juramento da medicina os obrigava a insistir no esporte de alta performance: era uma obrigação médica ajudar os atletas a não se matar de *doping*; os médicos deveriam servir como "cães de guarda", impedindo os excessos (HOBERMAN, 2005, p.192-3). Mesmo discursos contrários ao uso como o de Hollmann, acionavam esse argumento do uso como uma escolha pessoal; um artigo publicado no *JAMA* em 1985, descrevia exatamente como atletas que usavam anabolizante consideravam que o uso era uma questão de direito individual (HOBERMAN, 2005, p.197).

O uso de esteroides anabolizantes continuou se expandindo no esporte olímpico, fazendo com que recordes anteriores, "limpos", fossem batidos com folga. Pensando nisso, em 1986, Joseph Keul (médico-chefe da equipe olímpica da Alemanha Ocidental) afirmou que dentro de poucos anos seria impossível superar recordes (HOBERMAN, 2005, p.192), dando prosseguimento à ideia de uma superação dos limites biológicos defendida anos antes por Hollmann. Por outro lado, o argumento de que seria uma questão de saúde prescrever esteroides para os atletas era cada vez mais presente.

> Há um consumo de drogas, por exemplo, em função das lesões e doenças desenvolvidas pelos "excessos" das competições e principalmente dos treinamentos (se é que se pode falar em "excessos" em atividades em que esses são justamente a

> mola propulsora). O treinamento corporal é uma experiência que, corriqueiramente, provoca lesões com diferentes graus de gravidade que, por sua vez, exigem recuperação. Em outras palavras, a adição de fármacos e a submissão à fisioterapia fazem parte tanto da vida de um atleta de alto rendimento quanto de uma pessoa em tratamento médico convencional. Não só para a melhoria da performance é que se consomem drogas. O caráter terapêutico, no entanto, parece ser determinante para que se considere legítima a ingestão de substâncias químicas [...] O corpo precisa recuperar-se mais rápido da fadiga, é preciso tirar as dores, metabolizar melhor e mais velozmente. Quais são os limites entre uma e outra situação? (VAZ, 2005, p.30).

Era com esse argumento que o médico da Alemanha Ocidental Heinz Liesen afirmava, em 1986, que era seu "dever ajudar atletas de temporadas longas e curtos períodos de recuperação a atingir suas melhores performances" (HOBERMAN, 2005, p.198). Começa a se delinear um discurso de que os anabolizantes serviriam como uma forma de reposição ao corpo desgastado do atleta de alta performance, sendo, portanto, terapêutico. Liesen foi um dos principais defensores dessa posição, e altamente criticado por isso. Em 1987, por exemplo, o colega (também da Alemanha Ocidental) Herbert Reindell ataca Liesen, a quem acusa de aplicar centenas de injeções baseadas em teorias sem comprovação científica, um comportamento antiético e irresponsável (HOBERMAN, 2005, p.194).

Porém, condenar o uso de anabolizantes criava outro problema, explorado pelos defensores do *doping*: como condenar o uso entre atletas afirmando que pode até matar, mas defender o uso no homem comum? Essa ambiguidade era questionada pela imprensa, tanto que, em 1987, Peter Jokl (presidente da *American Academy of Sports Physicians*) falava ao *New York Times* que os esteroides são substâncias muito abusadas, que têm alguns possíveis efeitos colaterais e por isso devem afetar a saúde de algumas pessoas, mas não são "terrivelmente letais" (HOBERMAN, 2005, p.200). Entretanto, se utilizados de forma responsável pelos médicos e seus pacientes, não causam problemas, demonstrando como as ideais de Kerr estavam disseminadas na comunidade médica.

Aliás, vale ressaltar que, diferente de Liesen, que era um tanto bélico na defesa de suas posições, Kerr tinha um tom calmo, pacífico e, com isso, incentivou a possibilidade de demanda popular por substâncias que alteram a performance, abrindo um nicho de mercado que viria a ser explorado agressivamente pela indústria farmacêutica.

> Os resultados que ele viu em seus milhares de pacientes foram mais do que suficientes para convencer o médico de que os esteroides eram drogas humanas. "Construir o corpo", ele declara, "tirou literalmente milhares de homens baixos, pequenos e tímidos do seu marasmo e produziu uma nova geração de homens bem-construídos com um bom senso de orgulho e autoconfiança". Por fim, era a terapia hormonal masculina para as massas de que Paul de Kruif sonhara em 1945 (HOBERMAN, 2005, p.199, tradução livre[200]).

[200] No original: "The results he saw in his thousands of patients were more than enough to persuade the doctor that steroids were humane drugs. "Body building," he declares, "has taken literally thousands of short, small and

Enquanto Kerr fazia um discurso mais palatável para o *status quo* médico e para a imprensa, Liesen, em 1988, atacava o ativismo anti-doping chamando-o de irracional, uma vez que "o corpo do atleta de alta performance não é mais comparável ao corpo de uma pessoa normal". Esse corpo está exposto a "eventos fisiológicos extremos", e o uso de anabolizantes viria restaurá-lo. Para ele, que repetiria essa mesma ideia em diversas ocasiões, o *doping* é uma questão de saúde, e ser contra é um moralismo (HOBERMAN, 2005, p.193). Por mais que incomodasse a forma explícita como Liesen falava, essa percepção do uso de anabolizantes estava ganhando cada vez mais adeptos. Um deles era o médico da Alemanha Ocidental Wilfried Kidnermann, que defendeu, no mesmo ano, que os esteroides anabolizantes deveriam ser retirados da lista de substâncias banidas, pois, se fossem legalizados, os médicos poderiam ao menos tentar convencer os atletas a usar "doses responsáveis" (HOBERMAN, 2005, p.200). As opiniões favoráveis, portanto, oscilavam entre uma posição mais radical, do *doping* como um direito ou uma reposição e outra, mais receosa, que defendia a liberação para garantir o controle.

De toda forma, era Liesen quem acumulava a maior quantidade de críticas. Ainda em 1988, Manfred Steinbach (Alemanha Ocidental) o acusou de promover uma "mentalidade do doping" (HOBERMAN, 2005, p.194), como se isso fosse necessário, haja visto a quantidade de atletas que usavam anabolizantes. As Olimpíadas de Seul 88, foram marcadas por diversos casos de *doping*, com destaque para o velocista canadense Ben Johnson, que testa positivo apenas três dias depois de bater o recorde mundial nos 100m rasos[201]. Apesar disso, dois anos depois, o mesmo Steinbach, agora à frente da Federação de Atletismo da Alemanha Ocidental, recrutou treinadores da Alemanha Oriental com sabida experiência em *doping*, dizendo que queria "beber da fonte" da Alemanha Oriental num período em que estouravam escândalos sobre o uso de doping no país comunista, o que ficou conhecido como o "segredo" da Alemanha Oriental (HOBERMAN, 2005, p.194). Com isso, acabava por se confirmar a acusação de Liesen de que o ativismo anti-*doping* era desonesto e hipócrita.

> A disputa entre regulação e desregulamentação de esteroides ocorre, portanto em dois níveis. O debate público caracteriza o renegado médico sitiado, preso no combate verbal com seus mais numerosos críticos, que ruidosamente subscrevem à guerra às drogas do mundo dos esportes. A verdadeira subversão da campanha anti-*doping* ocorre fora da opinião pública e toma a forma de encobrimentos silenciosos,

---

shy men out of their doldrums, and produced a new generation of well-built men with a sound sense of pride and self-confidence." Here, at last, was the male hormone therapy for the masses of which Paul de Kruif had dreamed back in 1945".

[201] A medalha de Johnson foi para o segundo lugar, o estadunidense Carl Lewis, que, por sua vez, se envolveu num escândalo de testes de *doping* forjados em 2003. Ver Vaz (2005, p.28-31).

> burocratização e campanhas "educacionais" dirigidas a atletas que não levam a sério essa propaganda moralizante. Pelo contrário, muitos atletas ambiciosos são mais propensos a procurar o conselho de um médico cuja atitude em relação às drogas e desempenho é estritamente prática. (HOBERMAN, 2005, p.194, tradução livre[202]).

Essa cumplicidade dos atletas usuários de anabolizantes entre si e com os médicos simpatizantes ao uso era ignorada, e a questão tende a ser tratada publicamente mais em termos de uma fraqueza individual que um problema ético que envolve ambos os atores (médico e atleta).

> A recusa generalizada de pensar as implicações mais profundas do *doping*-por-consenso permitiu que os oficiais do esporte definissem o *doping* como uma transgressão individual e não como um projeto coletivo que resulta inevitavelmente de uma insistência em níveis cada vez mais altos de desempenho, que é a lógica inerente do esporte de alta performance. Os interesses sociais e econômicos que se beneficiam do *doping* escapam assim ao tipo de escrutínio que se concentra nos atletas que são pegos usando drogas (HOBERMAN, 2005, p.195, tradução livre[203]).

Como discutido por Alexandre Vaz (2005), no fim das contas, é o próprio atleta que pagará o preço por "manchar" uma imagem pura do atleta, que a mídia e, em certa medida, o próprio esporte expande para a sociedade como um todo. O atleta representa não apenas a imagem de um corpo puro e saudável, mas um ideal de superação e conquista que deve ser perseguido por todos. A partir dessa perspectiva, admite-se que as pessoas querem ver competições "limpas", querem ter a certeza de que aquele atleta deu o máximo de si, mais do que isso até, e apenas dessa forma atingiu um resultado quase que sobre-humano. É assim que o uso de determinadas substâncias será considerado uma fraude, e o "falso ídolo" deverá ser, portanto, execrado.

> O esporte encarna uma crença que nos é cara, importante, fundamental, de que é possível avançar indefinidamente, que o progresso é sempre bom em si, e que o avanço tecnológico, aquele capaz do mais alto domínio da natureza jamais experimentado, corresponde ao avanço da humanidade como um todo. É preciso notar que as marcas esportivas não são pensadas apenas como limites do esporte, mas como fronteiras a serem alcançadas – e principalmente superadas – pela humanidade. Os resultados esportivos encarnam a realização particular de uma universalidade da espécie humana sintetizada na figura individual do recordista, portador do rendimento máximo (VAZ, 2005, p.31).

---

[202] No original: "The contest between regulation and deregulation of steroids thus occurs on two levels. The public debate features the beleaguered medical renegade, locked in verbal combat with his more numerous critics who loudly subscribe to the sports world's war on drugs. The real subversion of the anti-doping campaign occurs out of public view and takes the form of quiet cover-ups, bureaucratic foot-dragging, and "educational" campaigns directed at athletes who do not take such moralizing propaganda seriously. On the contrary, many ambitious athletes are more likely to seek the counsel of a physician whose attitude toward drugs and performance is strictly practical".

[203] No original: "The widespread refusal to think about the deeper implications of doping-by-consensus has enabled sports officials to define doping as an individual transgression rather than as a collective project resulting inevitably from an insistence on ever higher levels of performance, which is the inherent logic of high-performance sport. The social and economic interests that benefit from doping thus escape the kind of scrutiny that is focused on the athletes who are caught using drugs".

Na Alemanha Oriental, os atletas cresciam acostumados com um uso liberado de *doping*, e, mesmo após a unificação, não viam problemas nesse uso – se todo mundo no Ocidente usa uma droga ou outra, por que não esteroides? O hábito só parou definitivamente porque a Alemanha unificada criou leis anti-*doping*. Para Hoberman (2005, p.203), as posturas dos atletas servem para percebermos como o que constitui *doping* é socialmente condicionado. Uma fala de Liesen traz esse mesmo argumento, comparando com outro hormônio amplamente utilizado sem causar o mesmo alvoroço que os anabolizantes.

> O mundialmente famoso pesquisador de hormônios Adlerkreutz da Finlândia diz em toda conferência que dar testosterona a um homem é muito menos perigoso do que dar pílulas anticoncepcionais a uma mulher. Por que fazemos disso um drama? Se um corpo não pode se regenerar produzindo uma quantidade suficiente de hormônio, então é certamente apropriado ajudá-lo, assim como dar vitamina C, B1 ou B2 ou estimular seu sistema imunológico, para que ele possa se recuperar ao invés de ficar doente (LIESEN, 1985 *apud* HOBERMAN, 2005, p.202, tradução livre[204]).

Foi a partir desse discurso que Liesen construiu a noção do esteroide como uma "terapia de substituição", em certa medida reproduzindo no atleta a ideia de uma reposição hormonal com testosterona que vinha sendo defendida entre homens mais velhos. Em 1990, o cientista esportivo da Alemanha Oriental Hermann Buhl argumentaria que quem inventou a ideia de substituição foi o Ocidente para justificar seu uso de drogas, pela incapacidade de declarar que os anabolizantes são terapêuticos por natureza (HOBERMAN, 2005, p.204). Buhl afirmava que a Alemanha Oriental dava esteroides não apenas para melhorar a performance, mas como forma de pagamento por ter arruinado o corpo dos atletas com o estresse do treinamento. Essa é uma questão de fato muito relevante; vale a reflexão acerca do quão natural é o corpo do atleta de alta performance, e quais intervenções são legitimadas ou não.

Havia ainda uma disputa entre os médicos de cada lado do Muro de Berlin. Depois da trágica morte de uma atleta Ocidental (a hepta-atleta Brigit Dressel em 1987), os médicos Orientais afirmaram que não teriam "casos Dressel" do lado deles porque eles não deixavam o campo nas mãos de charlatães. De fato, a tecnologia hormonal era muito superior no lado Oriental (HOBERMAN, 2005, p.205). Parte da ideia de "beber da fonte" do Oriente passava também por essa disputa medico-tecnológica. E, novamente, quando se vê questionada, a medicina recorre à figura do charlatão para diminuir seus adversários e aumentar seu capital científico.

---

[204] No original: "The world-famous hormone researcher Adlerkreutz from Finland says at every conference that giving testosterone to a man is much less dangerous than giving birth control pills to a woman**.** Why do we make such a drama out of this? If a body cannot regenerate itself by producing a sufficient amount of hormone, then it is certainly appropriate to help it out, just as one would give vitamin C, B-1 or B-2 or stimulate its immune system, so that it can recuperate rather than remain sick".

> O médico empreendedor que administra hormônios como terapia de rejuvenescimento assemelha-se [...] a um tipo de curandeiro que já provocou controvérsias. Os fornecedores de remédios glandulares durante os anos 1920 e 1930 [...] serviu o mercado da angústia sexual que ainda dirige tanto do negócio de hormônios e suplementos hoje. A diferença importante entre esses charlatões e seus homólogos modernos é que os últimos usam hormônios reais que têm efeitos fisiológicos sobre os pacientes. Deste ponto de vista, os charlatões são desinteressantes, porque não podem nos tentar ou ameaçar com a perspectiva de inovações biomédicas reais; eles não podem nos atrair para novos relacionamentos com nossos corpos ou nossas mentes. Mas essas duas gerações de empreendedores também exibem semelhanças significativas. Ambos afirmam oferecer terapias de ponta, ambos dependem fortemente de efeitos placebo e ambos compartilham um desdém pela ciência revisada pelos pares que estigmatizam seus métodos como duvidosos ou fraudulentos. Assim também fizeram os médicos de esportes de alto desempenho mais ambiciosos, muito antes que os terapeutas hormonais empresariais ganhassem a atenção pública durante a década de 1990. (HOBERMAN, 2005, p.190, tradução livre[205]).

A disputa entre as Alemanhas no que tange à tecnologia hormonal ia muito além dos discursos oficiais e dos eventuais escândalos do lado ocidental. Durante os 1980, o Instituto Federal de Ciências do Esporte em Bonn, realizou testes com testosterona em atletas, um programa minúsculo frente ao Plano de Estado da Alemanha Oriental 14.25, mas que indica essa tendência a apresentar a testosterona como restauradora ou substitutiva. Grande parte da polêmica que envolveu esse projeto se deu por ele ter sido chefiado por nomes assumidamente pró-esteroides como Liesen e Joseph Keul. Por outro lado, havia sempre a pressão nacionalista causada pela significativa perda na disputa de medalhas para o lado Oriental. Mas como diferenciar o uso restaurador da saúde do aprimoramento da performance (HOBERMAN, 2005, p.204)? Essa pergunta acompanhará o uso da testosterona em homens com frequência a partir desse período, não apenas no esporte.

> Os médicos colaboram em tais atos de *doping* para aumentar a performance? Muitas vezes eles o fazem, e isso aponta mais uma vez para as comparações inquietantes que podem ser feitas entre a terapia medicamentosa legítima para os pacientes e o *doping* ilegítimo dos atletas. Por que esses desempenhos deveriam estar sujeitos a diferentes graus de regulação? Por que alguns desempenhos não são permitidos para o aprimoramento farmacológico, enquanto outros são? Uma maneira de abordar esse problema é separar os atores em facções juvenis e adultas. O pai que pede ao médico para prescrever Ritalina para melhorar o desempenho acadêmico ou atlético de uma criança apaga o que pode parecer ser uma distinção artificial entre o aprimoramento da performance legítimo e ilegítimo. Pois como se pode separar a performance do

[205] No original: "The entrepreneurial physician who administers hormones as rejuvenation therapy resembles […] a type of healer who once provoked controversy. The purveyors of glandular remedies during the 1920s and 1930s […] served the sexual distress market that still drives so much of the hormone and supplement business today. The important difference between these quacks and their modern counterparts is that the latter use real hormones that have physiological effects on patients. From this standpoint quacks are uninteresting, because they cannot tempt or threaten us with the prospect of real biomedical innovations; they cannot lure us into new relationships to our bodies or our minds. But these two generations of entrepreneurs also display significant similarities. Both claim to offer cutting-edge therapies, both rely heavily on placebo effects, and both share a disdain for the peer-reviewed science that stigmatizes their methods as dubious or fraudulent. So, too, did the more ambitious high-performance sports physicians, long before entrepreneurial hormone therapists came to public attention during the 1990s".

> desenvolvimento de uma criança cujo desenvolvimento é nutrido por suas performances na escola ou no campo atlético ou no piano? (HOBERMAN, 2005, p.211, tradução livre[206]).

Vaz (2005) descreve dois exemplos que explicitam bem essa situação, por tornar muito questionável o que de fato se pretende com a proibição de certas substâncias. O primeiro caso é o do cubano Javier Sotomayor, que, nos Jogos Pan-americanos de Winnipeg em 1999, testou positivo para a cocaína, uma substância que não melhoraria sua performance. O fato do Comitê Olímpico Cubano acusar a CIA de sabotagem através da contaminação da comida do atleta com cocaína demonstra como questões políticas se misturam ao mero uso de substâncias e suas comprovações químicas.

Isso fica mais evidente no segundo caso, mais famoso, do velocista Carl Lewis (juntamente com outros atletas da delegação norte-americana), flagrado em 2003 com resultados forjados no teste anti-*doping*, como comentei mais acima. Apesar do teste positivo, Lewis argumenta que os níveis da substância detectados eram permitidos na época da competição, apesar de, no momento da denúncia, após uma revisão das regras, não serem mais permitidos. Outros atletas, condenados em situações parecidas, vão denunciar que existe uma tolerância maior com a delegação norte-americana.

> Toda essa questão sobre o quanto seria permitido das substâncias encontradas nos exames a que Carl Lewis foi submetido, a despeito do registro jornalístico e da propaganda, sugere que o *mainstream* esportivo considera o uso de drogas legítimo, desde que dentro dos flutuantes limites que a legislação vai estabelecendo. Isso faz cair por terra a suposta delimitação entre meios naturais e artificiais como legítimos ou ilegítimos para o alcance do alto rendimento (VAZ, 2005, p. 29).

Concordo com Vaz (2005, p. 28) quando ele argumenta que o sistema esportivo, para manter a imagem de pureza do atleta, "não suporta o que não possa ser absolutamente controlado, proscrevendo qualquer tipo de mistura, de inexatidão, de descontrole, típicos do uso de substâncias embriagantes". Exemplos dessa ânsia ordenadora do esporte são as dificuldades de participação impostas para pessoas trans e intersexo, ou as rígidas condições para obtenção de novos recordes. Para o autor, "é razoável que isso aconteça, visto que o treinamento desportivo é uma das tecnologias mais extremadas de controle da corporalidade contemporânea". Se o esporte de alto rendimento trata o corpo como uma máquina

[206] No original: "Do physicians collaborate in such acts of doping to boost performance? Often they do, and this points once again to the unsettling comparisons that can be made between legitimate drug therapy for patients and the illegitimate doping of athletes. For why should these performances be subject to different degrees of regulation? Why should some performances be off-limits to pharmacological enhancement while others are not? One way to approach this problem is to separate performers into juvenile and adult factions. The parent who asks the physician to prescribe Ritalin to improve a child's academic or athletic performance erases what may appear to be an artificial distinction between legitimate and illegitimate performance enhancement. For how can one separate performance from development in a child whose development is nurtured by his or her performances in school or on the athletic field or at the piano?".

infinitamente aperfeiçoável, como um objeto manipulável (o que fica evidente no ditado popular entre *bodybuilders* de que *no pain, no gain*), qual o problema em utilizar uma substância para aumentar seu rendimento? O esporte encarnaria (literalmente) a crença de que o progresso é sempre bom, e o avanço tecnológico representa o avanço da própria humanidade.

> É preciso notar que as marcas esportivas não são pensadas apenas como limites do esporte, mas como fronteiras a serem alcançadas – e principalmente superadas – pela humanidade. Os resultados esportivos encarnam a realização particular de uma universalidade da espécie humana sintetizada na figura individual do recordista, portador do rendimento máximo (VAZ, 2005, p. 31).

A verdade é que as opiniões sobre o uso de substâncias para aumentar a performance (e sobre quais seriam essas substâncias) estão em constante disputa. Para o então presidente do Comitê Olímpico Internacional (COI), Juan Antonio Samaranch, o *doping* seria "qualquer coisa que primeiramente prejudique a saúde do atleta e, secundariamente, aumente artificialmente sua performance. Se algo produz apenas o segundo efeito, então para mim não é doping" (BEAMISH&RITCHIE, 2004, nota 1, tradução livre[207]). Apesar das posições divergentes, o COI vai paulatinamente aumentando a lista de substâncias banidas e os testes para detectá-las.

Para Beamish e Ritchie (2004, p. 367), a proibição não faz sentido na forma como se organiza o esporte de alta performance atualmente. Se a retomada das Olímpiadas era baseada nos princípios éticos do *fair-play*, o que é esperado do esporte hoje é uma constante superação, que torna a intervenção, (de qualquer natureza, acrescentam os autores) aceitável e até encorajada. Vale ressaltar que Beamish e Ritchie não utilizam o termo *doping*, mas sim "*performance-enhancing substances*", o que, a meu ver, esvazia um pouco essa carga moral. *Doping* passa uma ideia de uso de drogas ilegais, ao passo que um aprimoramento da performance é algo desejado por qualquer atleta, e não pressupõe o uso de uma substância; um treinamento em altitude, com menor disponibilidade de oxigênio, também visa um aprimoramento da performance, por exemplo. Afinal, o que haveria de natural no corpo do atleta de alto rendimento? Esses/as profissionais não estão constantemente (e)levando seus corpos ao limite da potencialidade humana? E, nesse contexto, não seria a potencialidade humana na verdade a potencialidade da tecnologia aplicada aos corpos?

[207] No original: "[d]rug taking is anything which firstly damages the health of the sportsman and, secondly, artificially improves his performance. If something produces just the second effect, then for me it's not drug-taking".

5.3 **Todo mundo quer melhorar a performance**

As controvérsias envolvendo o *doping* continuam ao longo dos anos 1990, e mesmo se intensificam no século XXI. Ao passo que a testosterona no esporte passou a ser execrada pela mídia, pela opinião pública e pela profissão médica (ao menos em seu discurso hegemônico), seu uso entre homens, especialmente mais velhos, é cada vez mais incentivado. Compondo essa busca mais ampla por aprimoramento, a reposição hormonal de testosterona ganha adeptos médicos e leigos no final do século XX como um tratamento eficaz para reverter atributos característicos do envelhecimento. A testosterona foi, portanto, banida do esporte – mas não da vida social. Muito pelo contrário, o hormônio retorna justamente a partir do primeiro efeito que lhe foi atribuído, o rejuvenescimento descrito há um século por Brown-Séquard. O mesmo motivo que deixou a indústria reticente nos 1930 e movimentou diversos editorias negativos do *JAMA* seria agora a via de legitimação da testosterona. Para isso, era antes necessário rever o papel do velho na sociedade. Não mais um ser assexuado, ou melhor, cuja atividade sexual era uma depravação, agora o sexo na velhice passa a ser incentivado como sinal de saúde e qualidade de vida.

Hoberman (2005) destaca como uma ideia de produtividade e performance exclusiva do esporte de alto rendimento e, em menor grau, das forças armadas, é transformada numa exigência para qualquer homem, no que o autor chama de um "*doping* compulsório" da sociedade, já que tais valores acabam sendo expandidos também para as mulheres em fins do século XX. Comparando com um uso crescente de psicotrópicos para aprimorar diversas capacidades mentais e/ou cognitivas, a demanda por cirurgias estéticas e o surgimento da medicina *anti-aging*, Hoberman argumenta (2005, p. 6) como o corpo normal, sem nenhum aditivo, é que se torna problemático. Meika Loe (2001), pensando sobre a ereção infalível proporcionada pelo Viagra e outros medicamentos para a disfunção erétil, chega à mesma conclusão. O que significa, pois, admitir que o corpo "normal", "limpo", sem intervenções, é falho, feio e indesejado? Numa sociedade que busca a superação em todos os níveis, do profissional ao sexual, por que ater-se ao que é simplesmente "normal"? E se o uso de substâncias e intervenções cirúrgicas é tão disseminado, essa normalidade não estaria agora nos corpos "mexidos" mais do que nos corpos "puros", como sugerido por Donna Haraway (1991)?

Segundo Renata Viegib e Marcia Nacif (2013, p.252), a alta competividade do esporte de alta performance incentiva que "atletas, técnicos e cientistas da área esportiva busquem,

além das técnicas de treinamento, diferentes métodos para otimizar o desempenho, como o uso dos chamados *Ergogenic aids*", que seriam "qualquer método que aumente a *performance* física e retarde a fadiga". Esses métodos são divididos em cinco categorias: métodos mecânicos; psicológicos; farmacológicos, aí incluídos os esteroides anabolizantes; fisiológicos; e nutricionais ("carboidratos, aminoácidos de cadeia ramificada, creatina, carnitina, vitaminas e minerais"), que seriam justamente os chamados "suplementos". Ao proibir os esteroides anabolizantes, o COI fez com que

> atletas e cientistas procurassem alternativas legais, como os suplementos alimentares para otimizar a *performance*. Nesse contexto, existe um crescente número de suplementos comercializados com propósitos ergogênicos dos mais variados. Apesar de algumas evidências em determinadas situações, a referência científica ainda é muito escassa quanto ao papel desses ergogênicos nutricionais (VIEGIB&NACIF, 2013, p.252, grifos no original).

Assim, os suplementos têm duas "vantagens" frente aos anabolizantes: não são feitos testes anti-*doping* para esses compostos, e a legislação que os regula é mais "frouxa", de forma que não é sempre possível afirmar categoricamente sua composição. Com isso, disseminou-se uma ideia de que alguns suplementos possuem anabolizantes como "impurezas" em sua formulação; em outros casos, seriam acrescentados pró-hormônios aos suplementos, de forma a driblar o anti-*doping* e ter o efeito hormonal. O que importa à nossa discussão é que não parece haver uma preocupação em relação a esse uso, que não é classificado como trapaça. Isso ressalta a supervalorização do hormônio em detrimento de outros biocompostos também capazes de maximizar a performance e o desempenho, ainda que de forma mais discreta. Nesse sentido, por que o corpo com suplementos seria "mais puro" do que com anabolizantes?

São questionamentos desse tipo que embasam a afirmação de Hoberman de que uma ideia de superação e maximização da performance característica do esporte olímpico é transferida para o dia-a-dia de cada um, e, junto com ela, a legitimidade da utilização de suplementos e aditivos em geral. Mas essa passagem não é assim tão simples. Como o próprio autor coloca, a testosterona leva no mínimo 40 anos para se tornar o sucesso comercial que é hoje. O que a manteria por tanto tempo nesse limbo?

Pelo que vimos até aqui, foi justamente o caráter afrodisíaco que impediu a plena popularização da testosterona. Durante muito tempo, a atividade sexual na velhice foi considerada um problema, uma imoralidade que chegou a ser tratada como patológica na virada do século XIX para o XX. Mudanças intensas na percepção da velhice, marcadas prioritariamente pela invenção da terceira idade e a proposta de uma velhice ativa (DEBERT, 1997), irão enfim legitimar a terapia hormonal com testosterona. Assistimos a uma erotização

compulsória na velhice, conforme descrito por Guita Debert e Mauro Brigeiro (2012), calcada numa perspectiva de aumento da qualidade de vida e do bem-estar nesse período da vida, tornando o sexo uma atividade indispensável para manter uma boa saúde no envelhecer (DEBERT&BRIGEIRO, 2012; MARSHALL&KATZ, 2002).

Essa demanda por um aumento virtualmente ilimitado da "qualidade de vida" irá justificar o aprimoramento como uma prática mais do que legítima, desejável e necessária. Como são categorias muito amplas, abrangendo concepções múltiplas, a "qualidade de vida" ou o "bem-estar" servem exatamente para permitir o recurso a tratamentos controversos como a testosterona. Assim, em algum momento, é necessário descrever a velhice como um processo quase patológico, estabelecendo, portanto, a deficiência hormonal masculina como um problema de saúde grave que merece atenção médica. Como vimos, essa era uma ideia que já vinha sendo construída desde os anos 1940 e 1950, mas que só se dissemina a partir dos anos 1980. É um processo de medicalização do corpo e da sexualidade masculinos fornece as bases para a utilização menos estigmatizada da testosterona, mesmo em casos que tenham pouca ou nenhuma relação com baixos índices hormonais (HOBERMAN, 2005; TRAMONTANO & RUSSO, 2015).

Sendo assim, acredita-se que o recurso ao aprimoramento farmacológico não seja de todo problemático quando leva a um aumento da "qualidade de vida". Conforme bem colocado por Vaz (2005), as "drogas" cada vez mais seriam um dispositivo para garantir o sucesso numa sociedade onde o fracasso é imputado ao próprio indivíduo. Assim, por exemplo, vivemos um império da cultura do *fitness* e do controle alimentar como métodos para manter o corpo são e uma alta qualidade de vida. Nessa perspectiva de sucesso individual, continua Vaz (2005, p.24), está a necessidade constante de beleza (dependente de um corpo bem adaptado aos padrões), que é algo a ser conquistado com "esforço e dedicação", uma "meta ao alcance de todos", que permite a utilização de diversas técnicas, desde mudanças leves nos hábitos alimentares ao frenesi atual de consumo de suplementos e anabolizantes. Para Vaz (2005, p.25), a busca por rendimento e performance não visa uma conquista esportiva de fato (como no esporte olímpico), mas revela uma 'incorporação da performance", trazendo ainda uma possibilidade de maior inserção nos mercados de trabalho e sexual, de acordo com as observações de César Sabino (2002).

Esse é um processo que atinge a sociedade como um todo, mas o que é relevante para nossa história é como afeta os homens. Como argumenta Jane Russo (2013), podemos localizar esse foco no homem a partir da organização de uma terceira "onda" da Sexologia, chamada de Medicina Sexual.

> A partir dos anos 1980, impulsionada principalmente pelas pesquisas sobre impotência sexual, a Urologia, em parceria com a indústria farmacêutica, ganhou amplo terreno com o lançamento, em 1998, do citrato de sildenafil, o Viagra, marcando o início da terceira onda. A visão mais psicologizante do pós-guerra, simbolizada pelas propostas de Williams Masters e Virginia Johnson, passa a conviver com uma vertente médica. Nesse momento, de fato, acompanhando uma mudança na medicina em geral, se estabelece o que Russo (2013) caracteriza como uma re-medicalização da sexualidade (TRAMONTANO&RUSSO, 2015, p.176).

Nesse contexto, uma antiga condição, nem sempre explicada em termos médicos, seria finalmente reformulada em termos plenamente científicos: o diagnóstico de "andropausa". Considerada por muito tempo como algo inevitável no envelhecimento masculino, a andropausa já foi definida de diferentes formas e por diferentes profissionais, tendo como fio condutor uma preocupação (médica) com o declínio físico e sexual do homem no envelhecer.

Barbara Marshall e Stephen Katz (2002, p. 45-47) apontam que já no século XVI diversas teorias tentavam explicar esse decaimento. Porém, uma relação clara entre a diminuição do desejo sexual e o envelhecimento masculino só seria feita no século XIX, com a ideia de "doença do climatério". Para Fernandez e Acosta (2008), dois endocrinologistas espanhóis, sua origem remonta ao século IX e X, quando médicos árabes descrevem um declínio da atividade sexual em homens aos 63 anos. Ressalto, contudo, que a medicina desse período não definia estados de doença em diagnósticos precisos, essa sendo uma característica bem mais recente do campo, como visto em Foucault (2008) e Charles Rosenberg (2002).

Assim, o primeiro a definir a condição como uma patologia moderna teria sido Sir Henry Halford, médico do rei George III da Inglaterra, em 1813. Desde então, já havia uma dificuldade em definir os limites da patologia e do envelhecimento normal, um problema que acompanha o uso de testosterona em homens velhos ao longo de todo o século XX. O período que marca o início da doença também já era confuso no século XIX, variando dos 50 aos 75 anos de idade. Contudo, como vimos, o declínio sexual da velhice no século XIX era considerado decorrente do "excesso libidinoso" ao longo da vida, e a atividade sexual na velhice, sem fins reprodutivos, era recriminada moralmente (TRAMONTANO&RUSSO, 2015, p.179). Posteriormente, a despeito da demanda popular e da atividade clínica de muitos médicos, o discurso hegemônico pressupõe uma resignação com o que seria "natural" da velhice. Em ambos os casos, não havia grandes esforços para tratar o climatério.

No século XX, a preocupação com o envelhecimento recebe maior destaque, e com a teoria hormonal do corpo, o climatério ganha novos contornos. A possibilidade de comercialização da recém-isolada testosterona nos anos 1930 trouxe a "menopausa masculina" de volta à cena, sob o nome de "climatério viril" (OUDSHOORN, 1994, p. 101).

A partir daí, a disfunção sexual se tornou seu principal sintoma que, no entanto, esbarrava ainda na questão moral da (a)sexualidade dos idosos.

A situação começou a mudar nos anos 1960, quando a atividade sexual depois do período reprodutivo se tornou mais aceitável (MARSHALL, 2007; ROHDEN, 2011). Porém, a andropausa só ganhou força, de fato, nos anos 1990, com as pesquisas sobre disfunção erétil. Segundo Antonio Carlos Bonaccorsi (2001, p.124), endocrinologista brasileiro e responsável pela principal revisão bibliográfica no país sobre DAEM, foi apenas em 1994, num congresso da Sociedade Austríaca de Andrologia, que se admitiu a existência da andropausa, que passa a ser denominada *Partial Androgen Deficiency of the Aging Male* (PADAM). A partir desse momento, diversas reuniões propõem novas nomenclaturas, focando num ou noutro aspecto da patologia, não havendo uma escolha inequívoca (FERNANDES & ACOSTA, 2008). Mas, o termo que se tornou relativamente consensual foi Deficiência ou Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino – DAEM (TRAMONTANO&RUSSO, 2015, p.180)[208].

Esse é o nome oficialmente utilizado pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), e DAEM já vem aparecendo assim nomeada na mídia leiga (ROHDEN, 2011), apesar de não ganhar muita popularidade, uma vez que o termo "andropausa" continua sendo largamente utilizado no senso comum, e mesmo em alguns espaços acadêmicos e publicações oficiais (TRAMONTANO, 2012). A patologia é definida como uma doença que acomete homens a partir da meia-idade (localizada em torno dos 40/50 anos), quando a taxa hormonal de testosterona começa a diminuir gradativamente, causando uma série de sintomas

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

A diminuição da taxa de testosterona é considerada um processo "natural" do envelhecimento, mas pode ocorrer precoce e mais intensamente em alguns homens, que recebem o diagnóstico de DAEM e para os quais é prescrito um tratamento de reposição hormonal de testosterona. Contudo, essa nomenclatura é pouco utilizada pelos endocrinologistas, que tendem a chamar de "hipogonadismo masculino tardio". Entre aqueles mais alinhados à bioquímica, o termo mais usado é "Síndrome da Deficiência de Testosterona" (SDT) ou "síndrome de deficiência androgênica parcial", conforme observado por Rohden (2011) e Cristiane Thiago (2012). Essa multiplicidade de nomes explicita uma

[208] Para uma discussão detalhada sobre as nomenclaturas dessa condição, ver Cristiane Thiago (2012).

disputa por legitimidade no campo científico acerca de qual especialidade médica, a urologia ou a endocrinologia, seria mais apta para tratar dessa condição.

Em minha pesquisa de mestrado, observei que uma diferença entre as duas especialidades é sutilmente colocada: a urologia cuidaria da forma anatômica, cirúrgica da patologia, enquanto a clínica seria feita preferencialmente pelos endocrinologistas (TRAMONTANO, 2012). Essa diferença reproduz uma dicotomia histórica da medicina. Nos primórdios da medicina moderna, médicos eram os estudiosos do corpo e das doenças; manipular corpos de fato era uma tarefa menor, relegada a indivíduos sem formação nem status social. Nesse período,

> [...] os cirurgiões são tratados como trabalhadores manuais. Sua atividade está no plano das artes mecânicas. Nas universidades, os professores leigos são mantidos afastados e não se ensina a cirurgia. Em Paris, em 1350, a Faculdade de Medicina obriga os bacharéis a jurarem jamais proceder a uma cirurgia (ROHDEN, 2009, p. 102).

Assim, os cirurgiões demoraram a ser aceitos nas associações médicas, e, por mais que hoje essa diferença não faça parte do discurso oficial do campo, um resquício desse estigma parece ainda se manter. Na era pós-Viagra, porém, os urologistas conseguiram se gabaritar como clínicos através das disfunções sexuais masculinas, o que não deixou de ser questionado pelos endocrinologistas, que têm ao seu lado o peso de sempre ter sido uma especialidade clínica, além das décadas de experiência com o uso de hormônios.

Se quem hegemoniza os discursos patologizantes condensados nos diagnósticos de DE e DAEM atualmente é a urologia. Por outro lado, na busca pelo uso de testosterona chancelado pelo médico, os homens parecem preferir o consultório do endocrinologista, como veremos mais adiante. A predominância da urologia no diagnóstico de DAEM viria de maneira indireta; o paciente chega ao consultório se queixando de problemas de ereção, e o urologista desconfia de uma deficiência hormonal (TRAMONTANO&RUSSO, 2015). Quando o próprio paciente já pensa num problema hormonal, ou simplesmente busca uma receita de testosterona, o espaço privilegiado é mais comumente o consultório do endocrinologista.

Uma outra questão precisa ser discutida acerca da reposição hormonal de testosterona contemporânea. Compreender a testosterona em homens mais velhos como deficiente leva à necessária definição de quais os valores abaixo dos quais o hormônio estaria deficiente. Uma redução de 1% ao ano na taxa de produção de testosterona é considerada normal, e quando a queda ultrapassa esse valor torna-se patológica. Mas qual seria o ponto de corte, abaixo do

qual o homem estaria hipogonádico e a reposição seria necessária? Antes de poder responder essa pergunta, já esbarramos numa dificuldade anterior.

> Medir a testosterona que circula na corrente sanguínea não é uma tarefa simples. Na ausência de um teste confiável para mensurar os níveis séricos do hormônio, recorre-se a um cálculo indireto, cujo primeiro parâmetro é a dosagem de testosterona total. Mede-se também a SHBG[209] e a albumina, proteínas às quais os hormônios sexuais se ligam. Utilizando-se a Fórmula de Vermeulen[210], chega-se finalmente ao valor da testosterona livre calculada. Ainda que existam outros métodos, como a dosagem do padrão-ouro ou por radioimunoensaio, estes são caros ou falhos, sendo pouco usados (TRAMONTANO&RUSSO, 2015, p.183).

Ou seja, medir a taxa de testosterona já não é um processo muito confiável. Segundo Latour e Woolgar (1997), um dos pontos principais para a legitimidade de uma "descoberta" científica é justamente o desenvolvimento de um teste específico e confiável para a substância em questão, o que também é corroborado por Kuhn (1998). Dessa forma, o diagnóstico de DAEM esbarra numa grande dificuldade para sua legitimação.

Porém, a testosterona livre calculada tem sido aceita como suficientemente confiável entre os defensores da patologia, podendo então avançar para o próximo ponto de instabilidade. O valor abaixo do qual a reposição de testosterona é indicada não é nada consensual entre os médicos. Na revisão de Bonaccorsi (2001), por exemplo, o valor de corte deveria ser de 350ng/dL, mas, perguntando diretamente aos médicos urologistas ou endocrinologistas, esse valor está em qualquer ponto num intervalo entre 250 a 550ng/dL, devendo ser avaliado caso a caso. Além disso, apenas valores baixos de testosterona não são suficientes para fechar o diagnóstico, havendo a necessidade do relato de sintomas clínicos pelo paciente.

> Aqui percebemos, em consonância com Joseph Dumit (2012), a tendência atual da biomedicina de "baixar" os valores limítrofes das patologias, como ocorreu com o índice de massa corporal, a hipertensão arterial ou a glicemia. Essa manobra possibilita a inclusão de mais indivíduos como doentes, além de criar uma etapa intermediária entre o normal e o patológico, uma espécie de "pré-doença". Assim, condições ou estados que poderão desencadear (ou não) o desenvolvimento de uma patologia, ou que são sintomas de outras doenças, passam a ser tratados como um agravo de saúde em si (TRAMONTANO&RUSSO, 2015, p.185).

---

[209] SHBG é a sigla para *Sexual Hormone-Binding Globuline*, ou globulina ligadora de hormônios sexuais, uma glicoproteína que se liga mais seletivamente à testosterona ou ao estradiol. Ver Berne et al., 2004.

[210] 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 SHBG, 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 sanguíneo em situações clínicas.

Na prática, porém, essas divergências desaparecem. Poucos homens de fato idosos recebem o diagnóstico de DAEM, que tem um claro recorte de classe. Entre os médicos que entrevistei no mestrado, que atendem tanto em ambulatórios do SUS quanto em consultórios particulares, há uma tendência a não diagnosticar os pacientes do serviço público com DAEM porque o SUS não cobre o tratamento hormonal, e os pacientes não teriam dinheiro para fazer um tratamento vitalício (TRAMONTANO, 2012). Essa não é uma grande novidade; nos anos 1920/30, já se indicava a reposição hormonal para homens que tinham "responsabilidades" e ocupavam determinados cargos. Se agora existe um argumento pragmático para justificar a diferença, é notável que homens pobres estiveram excluídos dessa terapêutica há tanto tempo, e assim parecem se manter.

Assim, o diagnóstico que parece finalmente ter legitimado o uso da testosterona como um "elixir de juventude" é profundamente questionado na comunidade científica, tendo seu caráter de patologia posto em dúvida pelo mesmo motivo tantas vezes repetido ao longo do século XX, a incapacidade de diferenciar a condição de um processo natural do envelhecimento. "Todas essas contradições transformam a DAEM num diagnóstico dúbio e, em última instância, num diagnóstico fraco" (TRAMONTANO&RUSSO, 2015, p.190). Numa sociedade que está mais aberta a diferentes tipos de aprimoramento, porém, a reposição hormonal de testosterona encontra seu lugar, espremida entre o terapêutico e o aprimoramento numa medicina que se importa cada vez menos com essa diferença.

Na velha ideia de rejuvenescimento, que coaduna a reversão de características da velhice com um sempre delicado "fator sexual", percebemos como a testosterona articula o sonho masculino de uma jovialidade eterna. Seja repondo testosterona no veterano de guerra ou no soldado impotente; seja no atleta de alta performance, para aumentar desempenho ou repor um corpo desgastado; ou no homem contemporâneo que perdeu a libido, alguns dos principais atributos da virilidade são garantidos pela reposição do hormônio, nesse caso, muito masculino. O rejuvenescimento via testosterona (re)constrói um corpo esbelto, musculoso e potente, no qual a juventude e a "predação sexual" são marcas indeléveis. A idade indicada para o início da reposição é menos um padrão fixo do que uma percepção individual do homem de que lhe falta algo; nesse ponto, temos no consultório do endocrinologista hoje em dia o mesmo "*doping*-por-consenso" que Hoberman se referia ao falar da conivência médica com o uso de anabolizantes. Da mesma forma que os atletas que buscavam aquele "algo a mais" sabiam quais médicos seriam mais favoráveis a receitar-lhes os esteroides, essa cumplicidade se encontra disponível para o homem comum que se sente fatigado em excesso e se incomoda com o que percebe como sinais de velhice.

6 **A BUSCA**

O estilo dualista da Modernidade deve-se ao imperativo do fazer, que impele o sujeito a moldar-se como se fosse outro, convertendo seu corpo em objeto a esculpir, manter e personalizar. De seu talento em fazê-lo depende, em grande medida, a maneira pela qual ele será percebido pelos outros.

David LeBreton, 2011

6.1 **Notas prelimimares: biografias conjuntas da testosterona**

Nessa segunda parte, me debruço sobre várias trajetórias biográficas da testosterona, pensadas a partir de sua interseção com as histórias de vida de meus interlocutores. Divido o período de convivência com o hormônio em três momentos-chave. Começo analisando como uma percepção muito particular do corpo leva à busca pela testosterona, assim como as diversas escolhas que precisam ser feitas para iniciar o uso. Na sequência, discuto como se deu o primeiro encontro com a testosterona, através, principalmente, da descrição de seus efeitos. A eficácia percebida da modificação corporal resultante levará a uma série de decisões posteriores ao encontro, no sentido de manter ou interromper o uso, assumi-lo publicamente ou não, e da adoção de algumas estratégias de manipulação dos seus estigmas. Esse será o mote do último capítulo.

Até esse momento, porém, me furtei a uma discussão mais profunda sobre os diferentes nomes da testosterona. Como até aqui trabalhei com uma biografia mais "oficial" da testosterona, fazia sentido focalizar apenas sua versão molécula. Contudo, à medida que aumenta seu caráter personalizado na vida de meus interlocutores, a testosterona ganhará nomes e sentidos diversos. Faz-se necessário discutir brevemente essas diferentes nomenclaturas. Em primeiro lugar, o nome testosterona é plenamente conhecido e utilizado pelos meus interlocutores – todos consideram que, em algum momento, tomaram testosterona. Entretanto, alguns deles preferem dar outros nomes, a depender do modo como se relacionam com o hormônio, dos objetivos buscados no uso, ou mesmo para afastar o caráter de medicamento (e patologia) que alguns nomes poderiam evocar. Isso parece não ocorrer entre os homens trans, que usam exclusivamente testosterona, nem entre os fisiculturistas, que articulam um discurso mais técnico sobre hormônios e anabolizantes, preocupando-se mais com suas diferenciações. Para usuários mais ocasionais da testosterona, há uma interessante

associação entre o que seria de fato testosterona e o nome comercial das substâncias utilizadas, de forma que foi comum considerar que "testosterona" eram apenas as formulações cujos nomes de marca de alguma forma remetiam à palavra testosterona, notadamente o Durateston. Pude observar também que todos nomeavam como "testosterona" as substâncias vendidas em farmácias, como o Deposteron e o Nebido. Assim, o hormônio será nomeado como testosterona sempre que se apresentar como um medicamento propriamente dito.

Entretanto, testosterona é uma palavra muito grande, e tem uma sonoridade um tanto estranha na fala, de forma que vários interlocutores preferiam abreviá-la. O mais comum foi "T". Esse apelido é largamente utilizado pelos homens trans, não apenas nas minhas entrevistas, mas muito comum também na internet, grafado sempre com letra maiúscula, como também observado por Ávila (2004). Outro apelido utilizado foi "testo", comum em *sites* voltados para a hipertrofia muscular, e inclusive internacionalmente adotado[211]. Também muito disseminado pela internet é o termo "veneno", que não se refere apenas à testosterona, mas a qualquer anabolizante. É utilizado por aquelas pessoas que se definem como "monstros", e compõe o mesmo cenário – tem algo de perigoso e arriscado no uso dessas substâncias que faz com que apenas os "monstros" tenham a coragem de (in)geri-las e a capacidade de a elas sobreviver. Nas entrevistas, porém, há uma única menção ao termo, rápida e sem consequências. Acredito que "veneno" seja compreendido como um termo muito coloquial, que não cabe na formalidade que a entrevista parecia suscitar entre meus interlocutores.

O principal sinônimo de testosterona que ouvi foi, sem dúvida, "anabolizante". Na maioria das entrevistas, o termo era usado de forma intercambiável, ainda que houvesse momentos em que eles se esforçavam para diferenciar a testosterona de outros anabolizantes. O termo anabolizante deriva de um dos principais efeitos do hormônio, o anabolismo muscular. Anabolismo se refere à construção metabólica de moléculas complexas a partir de moléculas menores e mais simples; no caso dos músculos, seu efeito será o crescimento das fibras musculares. Anabolizante seria, portanto, uma redução de "esteroide androgênico anabolizante", termo mais técnico que aparece sob diferentes combinações: "esteroide"; "esteroide androgênico"; "esteroide anabolizante"; "anabolizante androgênico"; "EA"; "EAA"; "AAS" (*Anabolic Androgenic Steroides*); ou "anabolizante". Vale ressaltar que esses termos estão ausentes no discurso trans, o que é esperado, haja visto que se referem diretamente a um efeito que é, no máximo, secundário para esses homens no meu campo. Para

[211] O famoso livro de Paul Preciado (2013) sobre seus primeiros encontros com a testosterona, por exemplo, é intitulado *Testo Junkie*. Retomarei essa obra em maiores detalhes ao final da tese.

os outros, contudo, esses são os termos mais comuns, e se remetem à "bomba" das academias de ginástica. O termo "bomba", porém, é considerado pejorativo, e representa o discurso criminalizante e estigmatizante evitado pelos meus interlocutores, de forma que só aparecia na fala dos outros (não-usuários), com forte caráter de crítica, como na expressão "tomador de bomba", uma injúria.

Numa linguagem bioquímica, o termo mais completo se refere à estrutura química dessas moléculas, o núcleo esteroide descrito no capítulo 3, uma estrutura comum na fisiologia humana, presente nos hormônios do córtex adrenal (glico ou mineralocorticoides), nos metabólitos ativos da vitamina D e nos hormônios sexuais. "O colesterol é o precursor comum nesta classe. A modificação das cadeias laterais, a hidroxilação em vários locais, e a aromatização do anel conferem atividades biológicas particulares aos vários membros deste grupo" (BERNE et al., 2004, p.767)[212]. Assim, os androgênios recebem esse nome pela sua capacidade de se ligar aos receptores de androgênios e desencadear efeitos considerados virilizantes. Além dessa ação sobre características "masculinizantes", os esteroides androgênicos são também anabolizantes, atuando sobre as fibras musculares de forma a promover seu crescimento. As diferentes moléculas que compõem essa classe terão efeitos androgênicos e anabolizantes relativos, a depender das diversas modificações possíveis, que irão favorecer um ou outro efeito. Os androgênios endógenos estão descritos na figura abaixo, porém vale ressaltar que diversas substâncias sintéticas (ou seja, esteroides androgênicos com modificações específicas produzidas em laboratório) estão no mercado e são consumidas pelos meus interlocutores. Contudo, todos são considerados bioquimicamente "derivados de testosterona", de forma que, na informalidade, é comum que sejam referidos como testosterona apenas.

Isso indica que a profusão de nomenclaturas não é uma característica dos usos populares da testosterona apenas. Mesmo num discurso mais científico, há certa dificuldade em separar diferentes androgênios, e uma capacidade da testosterona em englobar todas as substâncias, ao menos discursivamente. Para isso, é preciso que compreendamos primeiro quem são os androgênios, e como a testosterona se relaciona a eles. Reproduzo abaixo a via biossintética dos hormônios sexuais. As substâncias não marcadas na figura correspondem aos diferentes androgênios endógenos.

Figura 1 – A via biossintética dos hormônios sexuais

[212] A aromatização leva à formação dos estrogênios, por exemplo. Para uma análise mais completa da via biossintética dos hormônios sexuais ("masculinos" e "femininos"), ver Tramontano (2017).

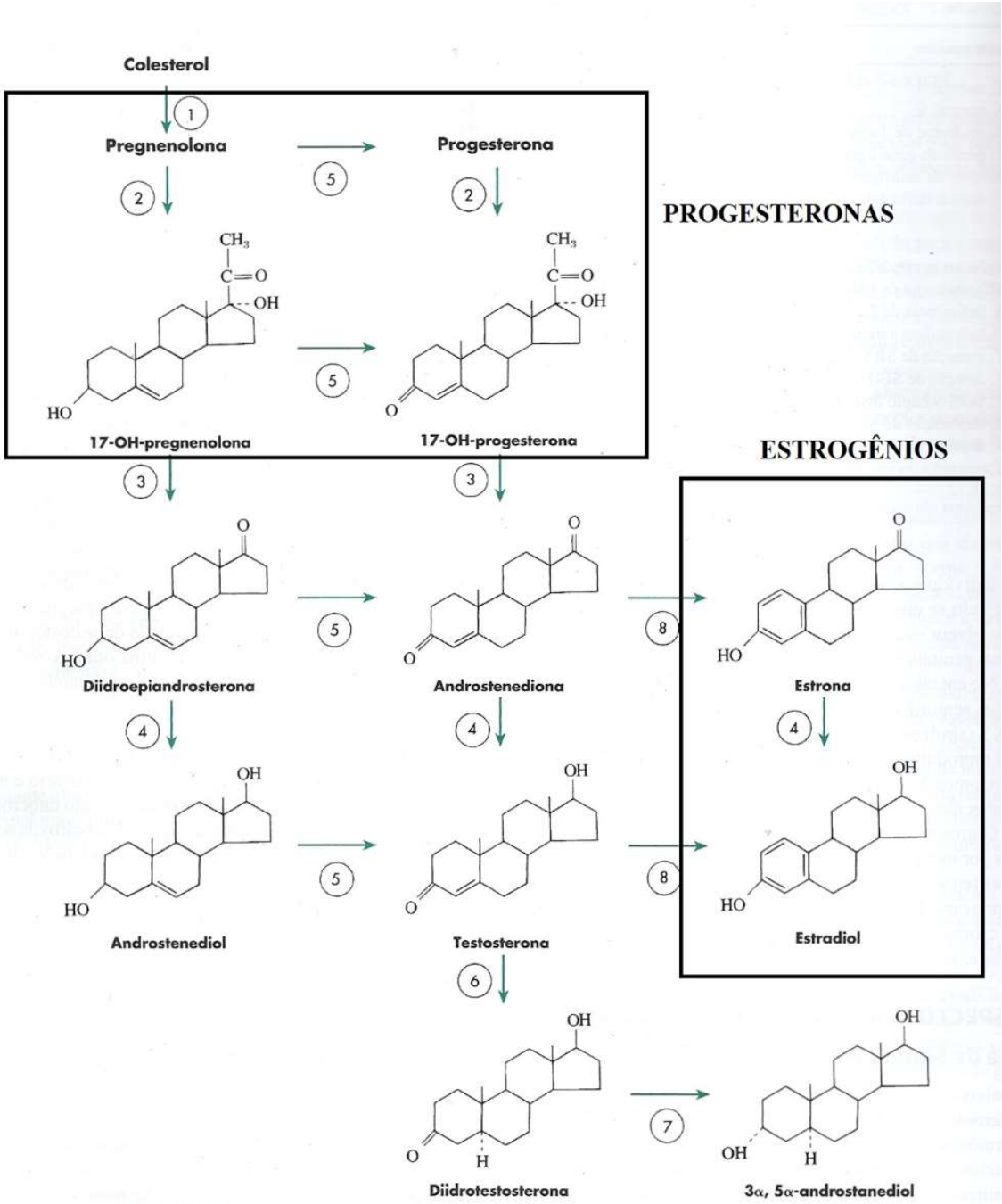

Figura 46-4 Vias de sínteses de hormônios esteroidais gonadais. A testosterona é o principal produto secretório dos testículos. O estradiol e a progesterona são os principais produtos secretórios do ovário. As enzimas são 20,22-desmolase *(1)*, 17-hidroxilase *(2)*, 17,20-desmolase *(3)*, 1β-OH-esteróide desidrogenase *(4)*, 3β-ol-desidrogenase e $\Delta^{4,5}$-isomerase *(5)*, 5α-redutase *(6)*, 3α-redutase *(7)* e aromatase *(8)*.

Fonte: Berne et al., 2004, p. 998, destaque nosso.

Assim, os androgênios são um grupo de moléculas estruturalmente similares, e que acionam os mesmos receptores (chamados receptores androgênicos), com maior ou menor afinidade. A molécula com maior ação androgênica, inclusive, não é sequer a testosterona propriamente dita, mas o DHT (diidrotestosterona), seu metabólito mais ativo. Pela figura,

vemos que existe uma molécula chamada testosterona, a mesma isolada em 1935. Como vimos no capítulo 3, porém, a testosterona não foi sequer o primeiro androgênio a ser isolado, mas sim a androstenediona. Por mais que todo o grupo seja nomeado oficialmente como "androgênios", uma nomenclatura mais bioquimicamente correta, já que destaca a função do grupo, o termo não ganha muita popularidade, ficando restrito a espaços mais formais, e a testosterona se sobressai aos outros no uso cotidiano. Por exemplo, entre meus interlocutores, alguns tomam DHEA (diidroepiandrosterona), e outros mencionam o desejo de tomar DHT, mas se referem a ambas as moléculas como, simplesmente, testosterona. Sendo assim, a testosterona se torna uma metonímia dos androgênios: é uma parte que representa o todo. O caráter metonímico dos medicamentos já foi observado por Geest e Whyte (2011) e Lefèvre (1991), mas, nesses autores, a substância química seria uma metonímia mais abstrata: uma metonímia de saúde, da autoridade médica, ou do poderio da indústria farmacêutica. O que discuto aqui é como a testosterona se torna uma metonímia de outras moléculas, dada a força simbólica que o hormônio dito masculino ocupa na cultura. Todavia, seu poder englobante frente aos androgênios não se reproduz tão linearmente frente ao "anabolizante".

> Quando pensamos em anabolizantes [...] estamos na verdade nos referindo a diversas moléculas similares à testosterona. Anabolizantes são, portanto, a própria testosterona; são todos os outros androgênios da via biossintética [...]; são derivados de testosterona de origem animal; são pró-hormônios, ou seja, moléculas que em determinado ponto do organismo serão convertidas no hormônio propriamente dito; são moléculas com pequenas alterações estruturais visando favorecer certos efeitos do hormônio em detrimento de outros. Todas essas possibilidades serão reduzidas a, simplesmente, testosterona (TRAMONTANO, 2017, p.178-9).

Essa redução aparece no campo, claramente em relação a outros androgênios, mas não tão homogeneamente em relação a "anabolizantes". Houve uma tendência geral nas entrevistas a não diferenciar os anabolizantes utilizados; quando havia uma demanda por comparar diferentes substâncias, aí a testosterona ganhava alguma particularidade, deixando de representar todo o grupo, mas retomava seu lugar metonímico em outras passagens na mesma entrevista. É preciso enfatizar que nem todas as substâncias anabolizantes disponíveis no mercado e utilizadas visando o crescimento muscular são esteroides androgênicos; é comum, por exemplo, a utilização do hormônio do crescimento (GH, de *growth hormone*, ou somatotrofina) para esse fim, como observado por Farias, Cecchetto e Silva (2014), ou o clembuterol, agonista β-adrenérgico de uso veterinário, ambos utilizados pelos meus interlocutores (ver Tabela 2 no Apêndice C).

Porém, as diferenciações entre as substâncias feitas em campo não estavam necessariamente de acordo com o que seria bioquimicamente considerado derivados de testosterona, androgênios endógenos ou moléculas de outras classes que também tenham

efeito anabólico. No fim das contas, a testosterona continua mantendo seu caráter metonímico frente a todos as outras substâncias, o que dá um indicativo de sua força simbólica e reafirma a generificação (no caso, masculinização) da molécula. A testosterona tem muitas vidas, muitos usos e, consequentemente, muitos nomes.

6.2 **Histórias de vida da testosterona**

Até aqui, vimos como uma persistente ideia de virilidade associada ao corpo masculino forneceu as bases para a definição de uma molécula específica, a testosterona, responsável pela garantia dos atributos viris no homem. Vimos também como essa molécula tornou-se uma mercadoria, comercializada mundialmente, e aplicada em casos aparentemente díspares, mas que mantinham como fio condutor uma busca pela virilização, mais ou menos explícita. Assistimos ao início conturbado desse processo, e as diferentes táticas da ciência, da imprensa, da clínica e da indústria para driblar o moralismo que impedia seu consumo mais amplo até a metade do século XX, justamente pelos motivos de maior apelo popular, seu poder rejuvenescedor e afrodisíaco. Também pudemos ver como a imagem do atleta foi acionada para disseminar uma busca por maximização da performance e do desempenho entre a população em geral; contraditoriamente, percebemos que esse processo não foi suficiente para uma plena legitimação do uso da testosterona, ainda cercada de discursos reticentes quanto ao seu uso indiscriminado. A manutenção da associação com características consideradas masculinas mantém a molécula questionável quando aplicada a mulheres[213], o que acaba por dificultar, indireta e preconceituosamente, seu acesso a homens transexuais.

Ainda assim, a testosterona é uma das poucas moléculas bioquímicas cujo nome é amplamente disseminado na sociedade, sendo usado mesmo como gíria, e um dos poucos hormônios reconhecidos como tal entre o público leigo. O que garantiu a essa substância específica tamanha popularidade? Como um conhecimento pouco acessível à população em geral, como é o caso da bioquímica e os complicados nomes de suas moléculas, se torna tão difundido? A insulina ou a adrenalina, por exemplo, são outras duas substâncias muito reconhecidas pelas pessoas, mas que dificilmente serão percebidas (e menos ainda descritas)

[213] Livi Faro (2016) observa como os efeitos de hipertrofia do clitóris e de crescimento de pelos, especialmente faciais, continuam sendo um impeditivo para um uso mais livre de testosterona entre mulheres, mesmo com acompanhamento médico.

como um hormônio. A testosterona, contudo, antes de ser uma molécula, um hormônio, ou mesmo uma mercadoria, um medicamento, ganhou, ao menos na sociedade Ocidental moderna, um estatuto de valor.

Para Louis Dumont (1985), a modernidade separa a ciência da estética e da moral.

> E a natureza da nossa ciência é tal que a sua própria existência explica ou, melhor, implica a separação entre, de um lado, o verdadeiro, do outro, o belo e o bem, e em particular entre ser e valor moral, entre *o que é* e *o que deve ser*. [...] Assim, "valor" designa algo diferente do ser, algo que, distinto da verdade científica, que é universal, varia muito com o meio social e até no seio de uma sociedade dada não só com as classes sociais mas com os diferentes setores de atividade e experiência. (DUMONT, 1985, p.240-1, grifos no original).

É a testosterona-como-valor que será acionada pelos diversos homens com quem conversei, e cujas histórias iremos conhecer agora na última parte dessa tese. Como argumentei na introdução, compreendendo que os medicamentos têm uma biografia, o que me interessa a partir desse ponto é descrever o cruzamento entre as histórias de vida desses homens e a da testosterona; ou seja, descrever como a testosterona passa a coexistir em suas vidas.

Esse encontro, porém, nunca se dá de forma ocasional. A ambígua ilegitimidade da testosterona a torna de certa forma invisível, apesar de sua aparente onipresença simbólica em nossa cultura. Ela não é, segundo esses homens que a utilizam por décadas, de forma nenhuma inacessível; pelo contrário, parece bastante simples encontrá-la. Por outro lado, o encontro só se dá mediante uma busca – um procurar ativo, que por vezes ganha ares de uma busca implacável, uma missão heroica por um contemporâneo *graal* biomédico. A testosterona oscila entre uma donzela que espera ansiosamente o resgate de seu príncipe, ou um mal que espreita, sorrateiro, a cada esquina. Desejável e perigosa.

Nesse capítulo, tratarei dessa busca. A mesma se inicia a partir de um incômodo, de um desânimo, de uma sensação de incompletude e insatisfação que ronda nossos heróis. Ainda sem compreender o que lhes falta, e alheios ao poder da testosterona de finalmente preenchê-los, esses homens vagam por nebulosas vielas digitais, procuram duvidosos conselhos de outros que lhes parecem mais completos, até por fim ouvirem rumores da testosterona. Sempre contraditórios, os boatos falam de grandes heróis do passado e do presente, cuja glória e sucesso decorrem de um feliz casamento com a testosterona, assim como de decadentes personagens cujas histórias foram arruinadas, e mesmo cujas vidas foram ceifadas, pelos excessos que a melindrosa testosterona lhes exigiu. Ainda assim, dispostos a tudo arriscar pelas suas benesses, nossos heróis tomam para si o objetivo de reunir o maior número possível de informações acerca de seu paradeiro, que, logo percebem, parece estar

sempre ao alcance de seus braços. Como em toda odisseia, porém, encontrarão percalços. Altos preços serão pagos para poderem enfim gozar de seus encantos, e nossos heróis perceberão, um tanto confusos, as diferentes faces sob as quais sua donzela pode se mostrar, e terão ainda de decidir qual de suas elaboradas roupagens tomarão como favorita.

6.3 **Percepção do corpo e motivos do uso**

Toda a busca parece começar a partir de uma insatisfação prévia com o corpo ou sua performance. Para melhor compreender esse incômodo, resgatemos a noção de Dumont (1985) do fim da transcendência que caracteriza as sociedades modernas. No individualismo, como já visto, o corpo é isolado dos outros e do mundo ao seu redor – a ideia de ter um corpo, e não ser um corpo. O mesmo passa, portanto, a representar um microcosmo, que encerra em seus limites toda a potencialidade do humano. "Sem o corpo, que lhe dá um rosto, o homem não existiria. Viver consiste em reduzir continuamente o mundo ao seu corpo, a partir do simbólico que ele encarna. A existência do homem é corporal". (LeBRETON, 2011, p.7). Sendo assim, a forma que esse corpo se apresenta e é recebido pelos outros e por si mesmo terá enormes consequências, uma vez que constitui uma espécie de vitrine do indivíduo, como observado por Sabino (2002).

Essa perspectiva certamente se aplica à humanidade como um todo, mas têm especial importância para a masculinidade. Para George Mosse (1996), o ideal moderno de masculinidade foi construído numa estreita relação com a estética e um padrão de beleza específico da burguesia entre o final do século XVIII e o início do XIX.

> [...] a nova sociedade em formação olhou para a totalidade do corpo masculino como um exemplo de virilidade, força e coragem, expressos através da boa postura e da aparência. [...] o que antes estava presente de forma fragmentada, estava agora sistematizado, formando uma totalidade que não se limitava ao vestuário e à atitude, mas na qual o próprio corpo masculino tornou-se o foco de atenção, julgado [...] de acordo com um padrão estabelecido de beleza. (MOSSE, 1996, p.23, tradução livre[214]).

Não à toa, a retomada do ideal grego de beleza no final do século XVIII, através do trabalho de Winckelmann, foi essencial para a nova imagem do homem moderno. Inspirada

[214] No original: "[…] the new society in the making looked at the entire male body as an example of virility, strength, and courage expressed through the proper posture and appearance. […] what had been present earlier in a fragmented manner was now systematized, formed into a totality in which not merely dress and bearing but the male body itself became the focus of attention, judged […] according to a set standard of beauty.

nas estátuas helênicas, e nos corpos nus dos atletas olímpicos, espalhou-se pela Europa uma associação entre beleza e virtude; o corpo feio não era apenas repugnante ao olhar, mas espelhava uma fraqueza de caráter, uma ausência de qualidades (MOSSE, 1996, p.25). Como vimos nos capítulos anteriores, essa relação entre beleza e virtude marcaria a medicina (principalmente a genética) ao longo de todo o século XIX. Ainda que atualmente desacreditada enquanto teoria científica, essa associação permanece viva no imaginário popular.

Entre os homens com que conversei, a forma física ocupa um lugar de destaque na apresentação de si, justificando diferentes níveis de intervenção corporal. Em diversos momentos de seus relatos, ficava implícita a ideia de que seu corpo anterior não representava a imagem que esses homens tinham de si. Por vezes, era simplesmente a forma do corpo que incomodava: "*eu era...pesava um pouquinho a mais, era acima do meu peso*" (Evandro, CG), ou "*eu sempre tive um problema com essa coisa do meu corpo, de me achar pequeno, de me achar magro*" (Otávio, CG). Ao contrário do que se pode pensar no senso comum, a grande maioria dos homens com que conversei não procurava emagrecer, mas sim "*ganhar massa muscular*" (Rubens, CG), sendo o exemplo acima, da fala de Evandro (CG), assim como Paulo (CG) e Samuel (CH), os únicos a expressarem uma tendência a engordar, e não a emagrecer. No caso de Samuel, contudo, se trata de mais do que "um pouquinho a mais" acima do peso. "*Pesei 110, pô, fechei a boca, não comia...eu passava...eu comia tipo duas vezes por semana, passava literalmente fome para emagrecer.* [...] *Parecia até um abacate, fininho em cima com mó barrigão!*"

Por vezes, especialmente entre homens acima dos 40 anos, a preocupação parecia se deslocar da forma do corpo propriamente dita (ainda que essa fosse apresentada como um problema recorrente em suas vidas, como na fala de Fernando, CG) para uma insatisfação com o desempenho do corpo, cuja performance parecia decair. Nesses discursos, foram comuns os relatos de perda de tônus muscular, de um menor ganho muscular comparado a um momento anterior da vida, mesmo realizando as mesmas atividades físicas. Além disso, tais homens também se queixaram de um desânimo, um cansaço, e até de um baixo desejo sexual. "*Eu também tava meio parado, né. Tava trabalhando muito, tava me sentindo muito cansado* [...] *e a estimulação sexual também tava meio baixa*" (João Pedro, CG).

Para que haja uma percepção tão direta do corpo, contudo, parece ser necessário que o homem tenha sido assim assignado ao nascer; entre os homens trans, as questões relativas à gordura corporal ou ao desempenho muscular ou sexual são eclipsadas por uma questão identitária que as precedem. "*não era que eu tinha dúvidas que eu ia querer fazer essa*

reposição hormonal, mas eu queria, antes de fazer isso, [...] *pelo menos antes garantir que o meu reconhecimento social como homem não era só a partir disso.*" (Renato, TG). Por mais que, ao longo das entrevistas, os trans tenham falado sobre um desejo de emagrecer ou (em único caso, o de Frederico, TH) desenvolver uma musculatura mais aparente, a necessidade de ter sua masculinidade socialmente reconhecida é o que leva à busca por testosterona. Nesses casos, a possibilidade de desenvolver um corpo musculoso se torna uma consequência secundária da hormonização. Entretanto, a preocupação com a forma física – e em exibir o corpo musculoso que caracteriza o ideal masculino moderno – não está ausente na transexualidade masculina. É curioso perceber como, entre meus interlocutores, os homens que seriam considerados acima do peso são trans, e não cis; porém, não acredito que isso seja de forma alguma uma realidade generalizável da transexualidade masculina, mas parece ser apenas uma coincidência da minha amostra. Nos relatos desses homens, frequentemente surgem referências a outros homens trans, que teriam, sim, o desejo de exibir uma musculatura mais aparente, e, para tal, assim como os cis, "*os meninos* [trans] *malham, muito!*" (Ivan, TH). Nas palavras de Flávio (TB): "*acho que todo homem trans quando começa a transição e começa a usar hormônio ele se imagina um cara forte, sarado [...] eu achava que ia ser um negão assim né, daqueles fortões e bá, bá, bá, cheio de...de...de...de músculo*".

Já para Augusto (TH), o corpo musculoso foi um desejo no início de sua transição, mas, à medida que sua imagem masculina se consolidava, perdia a importância.

> *Então, no início, quando comecei a tomar Durateston, eu malhava, eu era muito forte. E...depois com o tempo, não sei se é porque eu...[longa pausa], ah, sei lá...vi o corpo melhor...que tava melhor pra mim, aí eu parei. Mas, porque a verdade é que eu nunca gostei muito de malhar. Eu malho mais por conta da saúde, mas aí eu vi que o resultado ficou legal…mas aí, pra mim, sei lá...não tava fazendo mais muito sentido sabe, aí eu parei. Mas eu quero voltar, eu…eu...eu gosto pra saúde, entendeu? Porque...por conta da...quando eu chegar na velhice, não ter problemas. Mas não assim pra, "ah, que eu quero ficar trincado", mas pra saúde mesmo. Aí eu parei, mas eu quero voltar. Vou ver se eu volto ainda esse ano.*

Quando perguntei para Augusto (TH) se o desejo por esse corpo "trincado" era muito presente entre seus conhecidos trans, Augusto se lembrou de um rapaz que é fisiculturista profissional, cuja tentativa de contato descrevi na introdução. De toda forma, Augusto afirmou, o que foi corroborado por outros homens trans, que é bastante comum, especialmente antes ou nos primeiros meses da transição, que os rapazes busquem, ou sonhem, com um corpo musculoso, o que também aparece no trabalho de Simone Ávila (2014). Acredito que esse desejo tenha relação com o ideal de masculinidade descrito por Mosse (1996), segundo o qual a musculatura cumpre o papel de uma prova de virilidade.

De toda forma, sendo cis ou trans, uma vez que o incômodo com o corpo foi percebido, esses homens irão procurar alguma forma de atingir o desempenho corporal desejado. A primeira e mais óbvia atitude é, sem dúvida, iniciar uma atividade física. O recurso à ginástica como condicionamento físico e modelação do corpo é outra característica fundante do ideal moderno de masculinidade. A partir do século XVIII, tornam-se comuns os ginásios em toda a Europa, reproduzindo o modelo grego, e a educação física é adotada como parte essencial do treinamento militar (MOSSE, 1996, p.40-2). Porém, não se restringia ao soldado: a ginástica era defendida para qualquer homem, por razões médicas, militares e morais (MOSSE, 1996, p.45). A retomada das Olimpíadas no final do século XIX demonstra como o esporte se torna fundamental para a sociedade ocidental, como vimos em Beamish e Ritchie (2004). Tudo se passa como se o recurso à atividade física representasse uma forma de influir na apresentação de si, como fica bem resumido na epígrafe desse capítulo que repito abaixo.

> O estilo dualista da Modernidade deve-se ao imperativo do fazer, que impele o sujeito a moldar-se como se fosse outro, convertendo seu corpo em objeto a esculpir, manter e personalizar. De seu talento em fazê-lo depende, em grande medida, a maneira pela qual ele será percebido pelos outros. (LeBRETON, 2011, p.273).

Porém, entre tantas possibilidades desportivas disponíveis, os homens que entrevistei foram unânimes em escolher a musculação como atividade principal. Mais uma vez, percebemos uma consonância contemporânea com a descrição do ideal masculino feito por Mosse (1996), segundo o qual, salvo em algumas situações pontuais na Inglaterra e na Itália, compreendia-se de modo geral que o esporte individual seria mais importante que os coletivos na formação da identidade masculina. Na verdade, entre meus entrevistados, em poucos casos, o "puxar ferro" veio associado a outra prática, e, mesmo entre essa minoria, como atividades intermitentes. Assim, Rubens (CG) às vezes nada; Mateus (CH) fez *Muay Thai*; Fernando (CG), quando está fora de sua cidade e não pode ir à academia, procura fazer trabalhos braçais em sua casa de campo, como carregar troncos; e Flávio (TB), tenta caminhar sempre que sua agenda permite.

Porém, invariavelmente, a musculação não traz os resultados desejados, e a tão almejada forma física permanece a alguns passos de distância: "*eu me sentia muito franzino, e pensando assim, gente, tô aqui, malhando, malhando, malhando, e não tenho efeito nenhum!*" (Fernando, CG). Essas falas vêm carregadas de um intenso sentimento de frustração, que soa ainda pior do que o incômodo inicial. Para Rubens (CG), por exemplo, o resultado inclusive foi oposto ao desejado:

> *peso por peso eu ganhei. Eu cheguei a fazer uma dieta por mim mesmo, que eu tomava levedo de cerveja em jejum no café da manhã com iogurte, fiquei com 86 kg, mas eu fiquei "fordo" né, eu não tinha [...] o que esculpir, na verdade eu tinha gordura. Uma massa gorda alta, [...] mas sem forma, sem ter o que eles dizem* shape*, né, [...] E aí eu fui buscar um... como esculpir esse* shape*.*

A essa altura, assim como no trecho acima, todos começaram a recorrer a algum tipo de dieta ou suplementação[215] buscando maximizar os resultados da musculação considerados insuficientes. Porém, o ganho obtido com essas adições continua distante da definição muscular desejada por esses homens. É nesse momento, então, que os esteroides anabolizantes entram em cena. Cabe nesse ponto uma ressalva: dois entrevistados, Sérgio (CH) e Antônio (CH), não seguirão essa "carreira moral" do usuário de anabolizante, iniciando a prática de musculação simultaneamente ao uso de anabolizantes. São, contudo, as únicas exceções. Uma fala que representa bem esse caminho pode ser vista a seguir, nas palavras de Sílvio (CG):

> *– E você usou com qual objetivo?*
> *– É...ganhar massa muscular.*
> *– Você já malhava?*
> *– Sim.*
> *– Você já tomava suplemento?*
> *– Já.*
> *– Mas o que te leva a tomar testosterona especificamente?*
> *– É...ter maiores resultados, é...e eu não estava...eu já tinha estagnado, nível de resultado num platô, então eu queria algo mais que eu não estava conseguindo com o suplemento.*

É interessante comparar essas falas mais espontâneas sobre uma percepção corporal com as respostas mais sistemáticas dadas quando perguntados diretamente acerca dos motivos que os levaram a buscar o uso de testosterona. Alguns foram bastante diretos: "*O objetivo então era mesmo* [...] *me enquadrar, estético, somente estético*" (Evandro, CG); "*Eu sempre... eu sempre quis.* [...] *é o padrão de beleza assim que eu sempre almejei né, ser forte, musculoso, que eu acho bonito e queria ser assim.*" (Roberto, CG); "*o objetivo era ganho muscular, anabolismo mesmo*" (Sérgio, CH); "*Aí a gente conversou e ele falou: 'Meu, é melhor você ser grande porque você vai poder comer, aí você vai tá com menos gordura e mais massa muscular.' E eu falei: 'É, gostei da ideia!'. Foi assim que começou*" (Paulo, CG); "*Chega a um ponto que você não...não cresce, estagna, não passa daquilo.* [...] *o objetivo é mais estético mesmo*." (Samuel, CH). A objetividade dessas falas me espantou um pouco, pois julgava que homens, principalmente os heterossexuais, teriam alguma resistência em afirmar

[215] Vale ressaltar o uso indiscriminado de *Whey Protein*, um preparado de proteína do soro do leite que se tornou uma verdadeira febre entre frequentadores de academias de ginástica, estando disponível para a venda não apenas nas academias, mas em estabelecimentos comerciais tão díspares quanto farmácias e papelarias, assim como sendo frequentemente adicionado a açaí ou mesmo a brigadeiros. O *Whey* é uma ótima comprovação do uso disseminado, mas pouco polêmico, de suplementos nutricionais discutido no capítulo anterior.

tão claramente que procuravam uma intervenção no corpo exclusivamente estética; essa preocupação se revelou apenas um estereótipo da minha parte, não parecendo incomodá-los em nada. Nesse ponto, são úteis as considerações de Ribeiro (2011) em sua tese sobre a revista masculina *Men's Health*, que advogava por um "novo homem", que não se envergonha de exibir preocupações estéticas e mesmo cosméticas. Pensando a partir de Mosse (1996, p.27), porém, esse "novo" homem não soa assim tão novo, a julgar pela retomada, ainda no século XVIII, do *slogan* romano *Mens Sana, Corpore Sano*, ou seja, corpo são, mente sã. Cuidar do corpo e cuidar da mente são ambos imperativos masculinos – uma aparência bem cuidada comprova a sanidade e a competência intelectual do homem.

> O homem descontraído, bacana, cuidadoso com seu visual, o que ele demanda dos outros é essencialmente um ambiente e um olhar. O corpo torna-se uma espécie de parceiro a quem pedimos a melhor apresentação, as sensações mais originais, a ostentação dos sinais mais eficazes. Mas este deve também dar (ao seu senhor?) uma mistura de combatividade e de agilidade, de força e de resistência, de desenvoltura e de elegância, sem jamais se afastar da sedução. [...] Seu próprio corpo, o melhor parceiro e o mais próximo de si, o representante mais capaz, aquele pelo qual julgam você (LeBRETON, 2011, p.245).

Nessa perspectiva, não há realmente motivo algum para disfarçar o caráter estético da intervenção corporal; pelo contrário, esta pode até ser exaltada. Rubens (CG) desenvolve mais essa ideia, resgatando uma noção de etapas pelas quais se deve passar antes da decisão pelo anabolizante:

> *Eu achei que eu estava maduro o suficiente em termos de dieta e treino para isso. Porque as pessoas, em geral, entram na academia e já querem tomar com três meses sem treinar direito, sem saber. [...] E eu fiz para fim estético mesmo, não vou mentir não, e quem pergunta pra mim...ah, eu não malho por saúde, se eu quisesse saúde, nossa, nadava. [...] A ideia é ter um corpo X. Assim, eu não almejo ser um* bodybuilder *né, eu não tenho isso em mente, eu não quero* [som de grunhido] *o Hulk, não, nada de projeto Hulk, nada disso. Eu quero ter um corpo que eu me sinta agradável olhando no espelho e que eu tenha uma estrutura muscular boa, o dito* fitness *né, que eles dizem.*

Nessa fala, podemos perceber um certo desdém pela ideia de que o recurso à atividade física (e, consequentemente, ao anabolizante) seria por uma "questão de saúde" apenas. Esse argumento passar a soar como uma hipocrisia, uma falácia. Pelo contrário, um "homem de verdade" deve assumir prontamente o real motivo da intervenção corporal, a saber, uma razão puramente estética. Ainda a partir do trecho acima, percebemos que existe um limite para essa intervenção: o "projeto Hulk" é rechaçado como um exagero desnecessário. Ao contrário de Rubens (CG), porém, é justamente uma admiração desde muito novo pelo fisiculturismo que justifica a procura de Mateus (CH) pelos anabolizantes, apesar do mesmo nunca ter competido. Porém, é na história de Mateus que surgem um dos relatos mais apaixonados pelo uso do hormônio, que reproduzo um trecho a seguir.

> *Cara, na verdade eu sempre tive...admirei bodybuilders, filmes do Arnold*[216]*, eu fui da geração criada vendo filmes do Schwarzenegger, do Stallone e tal, então sempre esse foi um...um ideal de corpo. [...] Então como eu era sempre aquele cara que desde os 14 anos ia na academia, fazia uns 3, 4 meses, começava a perder o interesse, parava, começava a forçar um pouquinho mais o treino de hipertrofia, sentia dor e tal, desconforto, abandonava. Não via prioridade nisso. E aí, em 2007, eu tive uma fratura no...de úmero, e aí fiquei 7 meses com o braço engessado e tal [...] quando eu tirei, cara, o meu bíceps [...] era só o osso mesmo! [...] E aí depois desse processo eu decidi que quando o médico liberasse, assim, "Pronto! Acabou a fisioterapia, você tá autorizado", eu ia voltar...começar na musculação com força mesmo. E desde então eu tenho treinado assim, sem parar. E aí depois de um tempo treinando e tal, tentando, quando eu senti, logicamente dentro do meu limite, e também do limite da minha cabeça mesmo, onde eu conseguia chegar por conta do treino, eu falei: "Tá, então agora eu quero dar o próximo passo pra estética que eu acho bacana". [...] Dar um...um ganho de performance aí nessa história. [...] Mas fui buscar muito mais pelo lado da...de estética mesmo da academia.*

Já Antônio (CH), que de fato participa de competições de *bodybuilding*, traz algumas especificidades desse universo, no qual os objetivos com o uso do anabolizante irão variar em função do calendário de competições. Essa fala foi corroborada pelos dois outros fisiculturistas profissionais com quem conversei, Jorge (CH) e Cláudio. Assim como entre os homens trans, os fisiculturistas fazem um uso contínuo de testosterona, apenas ajustando dosagens e escolhendo entre diferentes derivados do hormônio de acordo com o período do calendário esportivo. Quando perguntado quais seus objetivos, Antônio explica:

> *Uma qualidade muscular melhor. [...] às vezes volume ou, às vezes [...] magro, mais seco, [...] a porcentagem de gordura mais baixa possível. [...] Às vezes a gente quer entrar em* off,[217] *aí a gente [...] quer subir um pouco o peso para depois vir descendo devagar e tentar manter uma qualidade muscular, tentar manter um volume bom. Aí...aí, às vezes, eu uso no* off *também, ou então, às vezes, eu faço o ciclo normal mesmo só por fazer mesmo.*

---

[216] Refere-se ao conhecido ator e político austro-americano Arnold Schwarzenegger, que foi um dos mais famosos fisiculturistas da história, sendo talvez o maior responsável pela disseminação do esporte. Schwarzenegger iniciou seu treinamento físico ainda aos 15 anos de idade e, aos 20, já era *Mr. Universe*, título que ganharia ainda mais 4 vezes. Aos 23 anos, foi o vencedor mais jovem da história do *Mr. Olympia*, torneio que ganhou ao todo 7 vezes, um recorde que manteve até 1991. Escreveu diversos livros sobre o assunto e, até hoje, nomeia uma das principais competições de fisiculturismo, o *Arnold Classic*, conhecido no Brasil simplesmente como "o Arnold". Hoje considerados clássicos, mas ainda bastante utilizados, diversos exercícios foram cunhados pelo próprio Schwarzenegger, e é comum que revistas especializadas tenham seções específicas descrevendo alguns de seus principais exercícios e rememorando grandes momentos de sua longa carreira no fisiculturismo. Nessas publicações, é frequentemente referido apenas como "*The King*". As medidas do Rei em seu auge são almejadas ainda hoje como ideais por fisiculturistas amadores e profissionais, que buscam repetir suas séries de exercícios. Vale ressaltar que Schwarzenegger admitiu publicamente o uso de esteroides anabolizantes, porém, apenas no período em que os mesmos eram legalizados. Ver Capítulo 5.

[217] Nome dado ao período entre competições, no qual os fisiculturistas buscam um anabolismo muscular mais expressivo, através de uma dieta ainda mais hipercalórica e de ciclos de anabolizante mais longos e/ou mais intensos: "*meus treinos que são em off, que são os treinos justamente pra ganho de massa muscular, né, que aí é comida pra caramba, é...são os anabolizantes que vão te dar mais força, mais ganho*" (Jorge, CH). Inversamente, na fase de *contest*, durante o período de competições, eles buscariam manter os ganhos obtidos em *off*; têm uma grande preocupação com retenção de líquidos (para evitar o "inchaço", que diminui a definição da musculatura); e uma dieta extremamente restritiva, normalmente com zero carboidratos.

Por outro lado, Claudio (CH), também fisiculturista profissional, começa o uso de anabolizantes muito antes de competir, algo que só viria a fazer um tanto mais velho. Seu relato destoa dos demais por afirmar claramente que o motivo de iniciar o uso da testosterona foi "*com 20, 21 anos, mas eu nunca...mas foi mais, não foi por...por...por objetivo específico, foi pra...é...modismo, entendeu?*" A hesitação na fala de Claudio (CH) não esconde seu constrangimento com esse uso inicial, que é rapidamente emendada com a descrição de um uso mais "profissional": "*Agora, eu, basicamente, comecei a fazer uso da testo e de outros medicamentos quando resolvi, realmente, competir, entendeu? Quando passei, realmente...esse passou a ser o meu esporte*". Claudio (CH) faz questão de diferenciar esses dois períodos, minimizando os efeitos e mesmo evitando falar do primeiro momento de "modismo", em contraste com a fase atual. "*Então, eu posso dizer que...é...de vinte e poucos até trinta e...sete, trinta e oito anos, eu fazia uso esporádico da testo*". A seriedade do uso atual fica patente na repetição da referência ao anabolizante como medicamento, e na afirmação de um acúmulo de conhecimento sobre o assunto: "*aí de 37, 38...pra...pra até os dias atuais, 42, que eu tenho, é que eu comecei a conhecer, através de outras pessoas, outros medicamentos e comecei a fazer uso...é...é...mais correto deles, entendeu? Pra que...eu tenho um objetivo pro que eu quero*". Por contraste,

> *Não, antigamente se usava para ficar fortinho, ficar grandinho, uma...uma modinha realmente, não tinha um objetivo específico. Tanto porque é...não se tinha tanto conhecimento antigamente, então você tomava, ganhava e perdia, tomava, ganhava e perdia. Você não mantinha. Você não tinha o conhecimento de manter isso, entendeu, por isso que eu digo que não...não...todas as vezes que eu utilizei, mesmo que esporadicamente, não houve ganho significativo para isso.*

Essa diferenciação entre um uso mais novo e de alguma forma mais irresponsável não é uma exclusividade de Claudio (CH), mas se repete na fala de dois outros homens mais velhos, Fernando (CG) e Paulo (CG). Porém, se no caso de Claudio (CH), a legitimidade do uso "adulto" vem do fisiculturismo profissional e de sua graduação em Farmácia, para os outros dois, se dá através do acompanhamento médico. Ambos utilizaram anabolizantes pela primeira vez na faixa dos 20 anos, por conta própria, e retomaram o uso na casa dos 30-40 com o auxílio de um profissional médico. Voltarei a essa questão na discussão sobre acesso ao anabolizante, mas, por ora, vale destacar a diferença dos objetivos procurados por esses homens. Para Fernando (CG), o primeiro uso "*era mais pra dar um gás pra ir pra academia, pra ver alguns efeitos nesse sentido* [...] *na primeira vez, o objetivo era exclusivamente de corpo. Tônus muscular!*". Já o uso atual, se dá "*por causa de um provável hipogonadismo [...] deve ter sido 2011, 2012, dois anos muito arrastados, com pouca disposição pra fazer as coisas, dificuldade de pensar projetos...literalmente, dificuldade...e...a gente achou isso muito*

estranho". Estranho o suficiente para buscar ajuda médica. Quando pedi que comparasse os motivos entre os diferentes usos (ele na verdade usou por três períodos, que marcaram passagens bem significativas em sua vida, num crescente de acompanhamento médico), afirmou:

> *Agora, na verdade é um tratamento, eu sinto mais disposição e voltei pra vida normal. [...] Então, na verdade, é só um suporte por causa de uma questão provavelmente de envelhecimento, e, enfim...lá, não, lá tinha um objetivo especificamente de...querer...é...querer exatamente mexer...é...com a sua, com a minha autoestima. E acabou levando pra caminhos diferentes do que eu havia imaginado que seriam possíveis.*

Um elemento interessante nessa fala é a referência à categoria "autoestima". Antes de iniciar o tratamento, Fernando (CG) estava se sentindo cansado, com pouca disposição, e, repetindo a fórmula do ideal de masculinidade, essa fragilidade interior se revela num corpo flácido, fraco, com uma musculatura deficiente. A escolha pela adesão ao tratamento visava, portanto, mais do que resolver um problema claramente de saúde, mas a recuperar a autoestima e uma vida "normal". Nesse ponto, cabe nos perguntarmos o porquê de um homem como Fernando (CG), aos 44 anos de idade, com uma bem-sucedida carreira profissional, morando num confortável apartamento numa área nobre de uma grande metrópole, num relacionamento amoroso estável e uma situação financeira confortável, sentir-se com problemas de baixa autoestima por não exibir uma musculatura tonificada como a de um rapaz de 20 anos. Ao dizer isso, não pretendo minimizar ou ridicularizar o incômodo de Fernando (CG), mas chamar atenção para o lugar que o corpo "bonito" ocupa no imaginário social masculino, e refletir sobre o quanto todos nós estamos presos a determinadas normas do que é considerado um corpo ideal, a ponto de isso definir uma normalidade da vida.

> Essa "liberação" faz-se menos sob a égide do prazer (mesmo se inegavelmente este está frequentemente presente) do que através do trabalho sobre si, do cálculo personalizado, mas cuja matéria é já dada no mercado do corpo em um momento dado. O entusiasmo contribui para endurecer as normas de aparência corporal ([...] estar forte, bronzeado, ser dinâmico, etc. para o homem) e, portanto, para manter de maneira mais ou menos clara uma baixa autoestima naqueles que não podem produzir, por qualquer razão, os signos do "corpo liberado" (LeBRETON, 2011, p.221).

Essas normas corporais parecem ser ainda mais severas para o homem a partir de uma certa idade. Retomarei essa questão etária com mais detalhes em outro momento, mas vale ressaltar como o ideal de beleza masculino grego é, fundamentalmente, jovem, assim como o corpo tonificado. Por outro lado, a maturidade também deveria trazer uma maior responsabilidade, e uma outra gestão de si, mais consciente do que no homem jovem, a quem se permite (e até se incentiva) um espírito aventureiro e inconsequente. Talvez por isso, nos discursos de meus interlocutores mais velhos, haja uma clara tentativa de diferenciação entre

um uso de anabolizante na juventude (muito desregulado) e atualmente (mais responsável). João Pedro (CG), com 52 anos no momento da entrevista, também diferencia um uso mais novo e supostamente menos consciente do anabolizante em comparação com o período atual. Porém, diferente de Fernando (CG) e Paulo (CG), João Pedro (CG) nunca chegou a buscar um acompanhamento médico, apesar de se referir ao uso atualmente como uma reposição hormonal. "*É, eu estava me sentindo muito fraco. Perda de massa muscular* [...] *uma questão de idade mesmo*". Quando questionei sobre os motivos num período mais novo, afirma, sem rodeios, "*por uma perspectiva mais estética*".

Entretanto, se a fórmula aparece bastante simples no discurso – tenho uma determinada visão do meu corpo, desejo exibir uma outra imagem, e tenho uma ferramenta para transformá-la e adequá-la aos meus anseios –, na realidade, a mudança parece um tanto mais complicada. Uma das coisas que mais me chamou atenção nos relatos foi justamente a repetição de uma frase: eu já fui maior. Essa afirmação era feita num tom apologético, quase como um pedido de desculpas, com algo de envergonhado. Em certa medida, sentia como se esses homens buscassem algum nível de cumplicidade, como quem diz, "veja, agora estou assim, mas essa não é minha verdadeira forma; eu sou maior, mais musculoso, mais forte".

O que realmente me chamou atenção foi ver essa ressalva vindo de homens com corpos muito diferentes. A exigência do anonimato impede que apresente fotos, que exponha a imagem dos corpos desses homens. Mas é notável a diferença de "tamanho" entre eles. Alguns pareciam pouco mais fortes que eu; já outros, eu me perguntava se não teriam dificuldades em passar por portas mais estreitas. Contudo, ambos repetiam, "já fui maior". O que significa, então, ser maior? Quem pode afinal ser considerado "grande"?

Pensando sobre um reflexo no espelho, o filósofo Giorgio Agamben (2007, p.44) descreve que "a imagem não é uma substancia, mas um acidente, que não se encontra no espelho como em um lugar, mas como em um sujeito [...] ou seja, não existe por si, mas em outra coisa". Portanto, a imagem não tem uma realidade contínua, mas irá sempre depender daquilo que a gera, e, ainda mais importante, será "gerada toda vez segundo a imagem de quem olha". A imagem só existe, portanto, a partir tanto de uma geração contínua quanto de uma apreensão do olhar de outro. Analogamente, considero que o que está em jogo na ansiedade de meus interlocutores ao falar sobre seu tamanho agora e num período anterior (e, diga-se de passagem, inacessível naquela interação), é justamente a tentativa de convencimento que aquela imagem gerada não é uma representação fiel de si. Por outro lado, essa "verdade" da forma corporal deles é absolutamente individual: o que eu, entrevistador,

percebo como “pequeno” ou “grande” não está necessariamente em consonância com as definições deles para essas mesmas categorias.

Daí deriva-se outra característica da imagem segundo Agamben (2007, p.45), a que ela não é “determinável segundo a característica da quantidade”, uma vez que não existe por si só, mas é, na verdade, “a espécie de uma imagem ou uma forma de uma forma [...] As dimensões da imagem não são, pois, quantidades mensurais, mas apenas espécies, modo de ser e hábitos”. Ou seja, “grande” e “pequeno” podem ser apresentados de forma quantitativa, mas nem por isso serão assimiladas da mesma maneira. Mateus (CH), em algum momento de seu relato, se remete a um bíceps de 50cm de diâmetro, que seria um tamanho ideal a ser perseguido com o auxílio do anabolizante. Essa informação, contudo, é bastante irrelevante para mim, que tenho dificuldade em imaginar um braço de 50cm de diâmetro. Na prática, eu simplesmente acato que 50cm equivale a um braço forte, mas quantos centímetros teria o de Mateus naquele momento, no qual ele estava supostamente magro? E em relação ao meu próprio bíceps; 50cm seriam quantas vezes o tamanho do meu braço? E qual seria o valor para “pequeno”, abaixo de quantos centímetros? Haveria uma categoria intermediária, um valor “médio” de bíceps, ou 50cm funciona como um limiar único?

Assim, para identificar algo como “grande” ou “pequeno”, o quantitativo me é largamente irrelevante, sendo o tamanho uma categoria muito mais qualitativa, e dependente de um referencial em larga medida pessoal. Por outro lado, é provável que, entre seus colegas de academia, o valor numérico da circunferência do bíceps seja o suficiente para decidir se alguém é magro ou forte. Entretanto, no mesmo relato, Mateus (CH) critica pessoas que fariam um uso irresponsável do anabolizante, de forma que teriam um volume corporal alto, porém sem definição muscular. Logo, entre essas pessoas, talvez seja possível ter um bíceps ainda maior do que 50cm, mas, ainda assim, não seria uma pessoa “forte” ou “musculosa”, pois esses adjetivos dependeriam de uma dada conjunção entre volume e definição. Mas a imagem dessas pessoas, ainda assim, seria considerada “grande”? Por outro lado, Sílvio (CG) também afirmou que já foi “maior” no passado, e, aos meus olhos, e vestido, ele parecia até magro – dificilmente usaria o adjetivo “grande” para me referir a ele. Já Rubens (CG), que também já foi “maior”, tem um corpo no meio do caminho entre Sílvio (CG) e Mateus (CH), sendo, para mim, suficiente para ser chamado de “grande”. Duvido, porém, que Mateus concordasse com isso. Paulo (CG) e Augusto (TH) também afirmaram já ter sido maiores, o que me pareceu estranho, uma vez que ambos me parecem ligeiramente acima do peso – “grande” é forte, ou “grande” pode também ser gordo? Por último, Jorge (CH) também não está em sua “maior” forma, e ele é, sem sombra de dúvida, o maior de todos os homens com

quem conversei – o quão "maior" será que Jorge fica? Uma comprovação dessa dificuldade de "tradução" do tamanho fica explícita quando, ao fazer tal afirmação, esses homens emendavam dizendo que iriam me mostrar uma foto desse período "maior". Nenhum deles jamais mostrou-me tais fotos, mas o recurso (ainda que retórico) a elas serviria para um grau de comparação que daria substância à imagem mental deles "maiores", imagem essa um tanto difícil de conceber.

Sendo assim, concordo com a afirmação de Agamben (2007, p.46) de que a imagem "é o que se oferece e o que se comunica ao olhar, o que se torna visível e, ao mesmo tempo, o que pode – e deve a qualquer custo – ser fixado em uma substância e em uma diferença especifica para que possa constituir uma identidade." Ao que tudo indica, a categoria "maior" é pouco útil para descrição do corpo, mas retrata bem o que tentei argumentar ao longo dessa seção. A percepção de si é algo do campo do individual, talvez tão difícil de descrever como um cheiro ou um gosto. Dessa forma, se torna completamente imprecisa a acusação, feita comumente aos usuários de testosterona (seja para anabolismo muscular ou para transição de gênero), de que não haveria necessidade de se submeter aos riscos da hormonização, pois tal pessoa já é suficientemente "grande" ou "masculino". Ser lido como forte, grande ou homem, é a identificação de uma imagem construída na interação – ou seja, não tem substância em si, e dependerá sempre de alguém que a gere e de alguém que a receba. O que de fato importa na busca por testosterona, é, enfim, a percepção de si como alguém de alguma forma deficiente, incompleto.

> O corpo, neste imaginário, é uma superfície de projeção na qual se põem em seu devido lugar os fragmentos do sentimento de identidade pessoal fragmentado pelos ritmos sociais. A partir da colocação em ordem e em sentido de si, pela mediação de um corpo que ele dissocia e transforma em tela, o indivíduo age simbolicamente sobre o mundo que o cerca. Ele busca sua unidade de sujeito agenciando signos nos quais procura produzir sua identidade e se fazer reconhecer socialmente. (LeBRETON, 2011l, p.273-4).

É esse lugar simbólico do corpo que irá justificar a intervenção feita pelos meus interlocutores. Sejam cis ou trans, todos esses homens têm uma outra imagem de si, que o corpo pré-testosterona não dá conta de expor. Se concordamos com Mosse (1996) que a masculinidade ocidental moderna está explicitada no corpo, meus interlocutores perceberam, em determinado momento de suas vidas, uma certa emasculação de sua imagem. Para além disso, essa falta de virilidade não era uma deficiência inerente a eles, muito pelo contrário; seu próprio estatuto viril não estava em questão. O que acontecia é que seu corpo não representava essa virilidade interior, havendo, portanto, a necessidade de alterá-lo. Vivemos num período que possibilita uma quase infinita plasticidade do corpo. "O corpo não é mais

um destino ao qual nos abandonamos, ele é um objeto que fabricamos à nossa maneira. [...] O imaginário contemporâneo subordina o corpo à vontade, faz do primeiro um objeto privilegiado do âmbito da segunda. (LeBRETON, 2011, p.247). Sendo assim, a busca por testosterona, em última instância, é a busca pela exposição, ou pelo reconhecimento dos outros de uma virilidade inerente, por alguma razão mascarada por um corpo débil, mas que a testosterona faz aflorar. Até aí, o mesmo poderia ser dito de diversas outras intervenções corporais. O mais curioso no caso dos homens que entrevistei é que o corpo que eles desejam, e a intervenção feita para atingi-lo, são raramente considerados legítimos.

6.4 **Acesso e custo**

Uma vez decididos pelo uso, esses homens precisam agora garantir os meios de encontrar a testosterona. Mas de que testosterona estamos falando? Onde comprá-la? Será cara? Os riscos são reais? As respostas a essas perguntas são múltiplas, e a comprovação disso é a pluralidade de caminhos que meus interlocutores seguiram para cruzar com a testosterona. O primeiro passo seria a decisão de onde coletar informações confiáveis sobre o hormônio. Já aqui temos uma clara bifurcação: uma estrada levando ao consultório médico, e outra, ouvindo relatos de outros homens que usam/usaram, sejam conhecidos ou pela internet. Escolhendo um caminho ou outro, todos ressaltaram que deve-se "procurar saber", "estudar", "ler", "pesquisar", dando a entender que existe de fato um risco em um uso aleatório do hormônio, assim como aumentando seu próprio "capital científico" no que tange à testosterona.

O caminho mais direto entre os meus entrevistados foi "*por amigos mesmo. Perguntando, na academia, e aí...encontrei uma pessoa que vendia.*" (Evandro, CG), uma trajetória bastante semelhante à de Jorge (CH) e de Samuel (CH). Nesses casos, é preciso primeiro conhecer alguém que te ponha em contato com uma rede mais ampla:

> *Ah, através de um amigo* [...] *nosso metabolismo era bem parecido, a gente era muito magro, comia muito e não engordava, não ganhava massa, então a gente teve a ideia junto e aí começamos a pesquisar e conseguimos.*[...] *na época ele conhecia...ele tinha um amigo que era...que era formado em Educação Física que também já tinha tomado e deu a dica pra gente de onde conseguir, aí foi até ele que conseguiu.*[...] *Da primeira vez meu amigo conseguiu para a gente,* [mas] *a cada ciclo era uma pessoa diferente* (Sílvio, CG).

Por vezes, o caminho é mais tortuoso, como no exemplo de Rubens (CG):

> *sentei junto com uma amiga minha que é farmacêutica, que também tomou, né, e com uma amiga minha que tem experiência nisso, em anabolizante.* [...] *Foi assim, uma...um menino que vendeu para a cabeleireira da minha amiga...me deu...ela...ela fez o contato com ela e conseguiu comprar ainda com desconto, por que na mão dele é bem mais caro né.* [Você já conhecia essas pessoas?] *Já, a gente planejou isso junto, eu e minha amiga. A gente queria realmente tomar, cheguei com a ideia para ela, "ó, vamos tomar oxandrolona?" "Vamos!".*

Muito se fala de pessoas que "repassam" o anabolizante na própria academia de ginástica, sejam outros frequentadores ou até o próprio professor. Entretanto, essa não era a realidade da grande maioria de meus entrevistados, que normalmente identificavam entre colegas quem usava, puxavam o assunto, e então eram incluídos na rede de comércio, mantendo o vendedor num certo anonimato, como explica Sérgio (CH).

> *durante um ano eu não tinha resultado nenhum, aí conheci...tinha amigos meus que usavam e que tinham resultado, em um mês, dois meses, eles ficavam absurdamente fortes. Então, aí eu procurei saber o que eles faziam e o caramba, além de malhar. Então, meio, o que aconteceu, eu fui procurando saber e eu peguei...e comecei a usar.* [Esses amigos eram da academia mesmo?] *Isso, todos eles da academia e tinham...tem de fora também, de outras academias que também usavam.* [Você pegava direto com eles?] *Não, não. Tem outras pessoas que pegam que, tipo assim...não são a...nem pessoas que você conhece, de repente*.

Ao contrário de Sérgio (CH), porém, João Pedro (CG) se sentiu mais à vontade de comprar justamente por ser com pessoas conhecidas, no próprio ambiente de trabalho.

> *A cunhada do dono da academia que eu trabalho tem uma loja e tal, e um amigo meu que é guarda-vidas falou que tava tomando. Aí eu ainda fiquei meio receoso.* [...] *Aí conversei com ela também. Ela também é fisiculturista.* [...] *ela é dona duma loja de produtos naturais, bem próximo da academia. Ela é cunhada do dono da academia. E aí o Roberto*[218] *me falou, a gente chama ele de Betão, que é o salva-vidas: "Pô, ela tem... A Carol tem lá e tal, não sei o quê...*".

As lojas de suplementos esportivos parecem ser um local de comércio facilitado, desde que você conheça as pessoas certas. "*Tinha contatos com amigos* [...] *pessoal que também tinha loja,* [...] *com pouquíssimos intermediários, né, o cara que busca já direto fora do Brasil e até mesmo aqui, de farmácias e tal. Meio que os caras já são cheios de esquemas*". Essa relativa facilidade de acesso à testosterona em torno do ambiente das academias de ginástica pode acabar facilitando a vida de pessoas trans, como aconteceu com Flávio (TB). Quando decide pela hormonização, Flávio vai a um médico por conta própria, que se recusa a prescrever testosterona "para uma mulher", tratando-o com muita rispidez. Flávio recorre a um grupo de amigos trans, e "*a primeira caixa de hormônio que eu consegui foi com um amigo meu de São Paulo que mandou para mim, via correio*". Evidentemente, essa não era uma maneira muito eficaz de ter acesso ao hormônio. Foi justamente o uso como anabolizante que facilitou a vida de Flávio, como relata a seguir:

[218] Alterei os nomes do guarda-vidas e da dona da loja para evitar possíveis identificações.

> *teve uma época também que eu comecei a malhar numa academia* [...] *que, na frente da academia, eles vendiam o...o Durateston, né. E aí, eles...o pessoal que malhava na academia e usava é...sempre comprava nessa* [...] *farmácia, que era na frente dessa academia. Durante muito tempo eu comprei lá. Bastante tempo eu comprei lá.* [...] *Era controlado, mas essa farmácia... fazia, é. Eu não sei como eles faziam.* [...] *Lá até mulheres usavam assim.*

Nesse trecho, temos um exemplo do que Erving Goffman chama de encobrimento do estigma, ou seja, pode ser preferível para a pessoa estigmatizada "apresentar os signos de seu estigma como signos de um outro atributo que seja um estigma menos significativo" (GOFFMAN, 2008, p.106). Assim, naquele contexto, era melhor ser lido como uma mulher que usa testosterona como anabolizante, de forma a manter secreto um estigma ainda mais marginalizado, o da transexualidade. Caso não houvesse a venda "por baixo dos panos" nessa farmácia, é possível que Flávio (TB) tivesse passado pelo mesmo constrangimento relatado por Leandro (TH), ainda que esse tivesse uma receita para comprar o medicamento.

> *E aí eu fui pra [...] uma farmácia de grande importância e que tinha o setor de aplicação, porque já tinha restrição na aplicação do medicamento. Aí cheguei lá [...] um mal-estar, mas decidiram e aplicaram. E assim, eu acho que isso se manteve pelo menos durante todo o primeiro ano. Cada vez que eu ia aplicar era uma novela mexicana. [...] hoje isso não é motivo de desconforto pessoal porque hoje eu chego na farmácia e o cara lida comigo como um homem cis que está fazendo reposição, então não é um problema, mas eu acho que o fato de criar tamanhas restrições ao acesso...ele é complicado, ele é bem complicado pra...pra...para os homens trans em geral. É...e a gente sabe que é um...é um...é um critério injusto, porque ele não é igual, né, não é igual para os outros medicamentos, não é igual para os outros hormônios, né?*

É preciso ressaltar que, nas palavras de Leandro (TH), o que torna a compra do hormônio menos constrangedora é o fato de ser lido atualmente como "um homem cis que está fazendo reposição", ou seja, um homem mais velho. Essa afirmação nos dá a ideia de que um homem mais jovem comprando o medicamento encontraria também algum problema, pois, no mínimo, indicaria a possibilidade de um uso "ilegal" da testosterona. Por mais que já tenha ouvido relatos nesse sentido, nenhum de meus informantes apresentou essa queixa. Pelo contrário, parece haver um escambo de receitas de testosterona nas redes de amigos que levam ao encontro com a testosterona. Antônio (CH), por exemplo, evita os detalhes, mas afirma que "consegue" uma receita para comprar na farmácia, mesmo nunca tendo ido a um médico para obter a prescrição, o que se repete com Sérgio (CH): "*acontece, aí, tipo assim, vai conhecendo outras pessoas, outras pessoas, aquela pessoa já consegue com outro cara que trouxe da farmácia, o cara consegue receita, o cara consegue arrumar receita*". Entre fisiculturistas, a alta frequência de uso do anabolizante acaba por tornar esses caminhos paralelos ainda mais consolidados, como esclarece Claudio (CH): "*a gente tem muito contato né, de conhecidos, de outros atletas, então* [...] *quando precisa de uma droga da farmácia, a*

gente é...vai até eles e vê se eles têm receita né, consegue receita, porque aí, com essa receita, a gente compra normalmente, normalmente".

Porém, nem sempre a compra se dá através desses esquemas. Entre meus entrevistados, alguns obtêm a testosterona a partir da compra com uma receita legítima, obtida numa consulta médica regular; é o caso de Roberto (CG), Frederico (TH), Paulo (CG) e Augusto (TH). Ainda assim, por vezes, mantinha-se a dependência de uma rede de conhecidos para indicar um médico disposto a fazer esse tipo de prescrição. Foi o caso de Otávio (CG), que pediu indicação de um médico para os amigos da academia, e, ao chegar lá, sequer precisou pedir o anabolizante: "*ele mesmo me falou. Foi uma coisa meio diferenciada. Na verdade, eu acho que ele percebeu, como ele já é um médico que já...as pessoas vão, todo mundo pede, então assim, diretamente ele já...já subentendeu o que eu queria*", e prescreveu automaticamente. A partir disso, Otávio compra normalmente na farmácia com a receita desse médico.

A receita médica passa a fazer parte desse circuito mais recentemente, devido a uma mudança na legislação farmacêutica. Alguns entrevistados, como Fernando (CG), por exemplo, que já usa há muitos anos, conseguiam até um momento comprar testosterona por conta própria: "*ele não prescreveu a receita da medicação pra mim, mas eu conseguia no mercado paralelo, ou até na farmácia, porque não era uma exigência, tava ali na transição da exigência disso, né?*". Mesmo com a mudança da legislação, durante um período, ainda era possível comprar na farmácia sem receita, como nos conta Antônio (CH). "*Agora precisa de receita.* [E antes não precisava?] *Precisava, mas não precisava. Eles faziam vista grossa*". Entretanto, isso parece ter se tornado mais complicado, pois "*hoje em dia, a ANVISA está em cima, o Conselho* [Regional de Farmácia] *está em cima, só se compra com receita*" (Claudio, CH).

As substâncias sujeitas a controle de venda no país são descritas pela ANVISA na Portaria SVS/MS 344 de 12 de maio de 1998, e em suas periódicas atualizações. Existe atualmente uma lista específica para "Substâncias Anabolizantes", a Lista C5, sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias, ou, como dito pelos meus interlocutores, pela "receita branca". Atualmente, todas as substâncias utilizadas por eles constam nessa lista. A lista C5 existe desde a primeira versão da Portaria, ainda em 1998, porém, nesse primeiro momento, continha apenas 8 substâncias (o estanozolol; a fluoximesterona ou fluoximetiltestosterona; a mesterolona; o metandriol; a metiltestosterona; a nandrolona; a oximetolona; e a prasterona – diidropiandrosterona ou DHEA), estando a própria testosterona ausente. A Portaria também trazia um adendo, que dizia que "ficam também sob controle,

todos os sais e isômeros das substâncias enumeradas acima, quando couber" (BRASIL, 1998, p.27). Podemos então perceber como, inicialmente, a ANVISA controlava apenas as substâncias que eram utilizadas claramente como anabolizantes, e não os esteroides androgênicos com indicações clínicas supostamente mais legítimas.

A lista se manteria inalterada até a sétima atualização da Portaria 344, pela RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) nº 98, de 20 de novembro de 2000, quando houve a inclusão de mais 21 substâncias (androstanolona; bolasterona; boldenona; cloroxomesterona; clostebol; deidroclormetiltestosterona; drostanolona; estanolona; etilestrenol; formebolona; metandienona; metandranona; metenolona; mibolerona; noretandrolona; oxandrolona; oximesterona; testolactona; testosterona; trembolona; somatropina ou hormônio do crescimento). Além disso, a RDC 98 inclui um novo adendo, segundo o qual "ficam também sob controle: 2.1 os sais, éteres, ésteres e isômeros das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência; 2.2 os sais de éteres, ésteres e isômeros das substâncias enumeradas acima, sempre que seja possível a sua existência" (DOU, 2000, p.16).

Na atualização seguinte, na RDC nº 22, de 15 de fevereiro de 2001, a lista chega à sua conformação atual de 28 substâncias, com a exclusão da testolactona. Há ainda a inclusão de um terceiro adendo, no qual "os medicamentos de uso tópico contendo as substâncias desta lista ficam sujeitos a VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA SEM RETENÇÃO DE RECEITA." (DOU, 2001, p.9, grifo no original). Uma última alteração na Lista C5 foi feita na RDC nº 202, de 1º de novembro de 2006, porém, essa foi apenas uma correção do nome da substância "deidropiandrosterona" para o nome mais usual "deidroepiandrosterona"[219].

Assim, percebemos que já há um controle das substâncias anabolizantes desde o surgimento da primeira lista do tipo no país[220]. Porém, a expansão significativa dessa lista, passando a incluir a própria molécula de testosterona, se daria apenas dois anos mais tarde. Tanto que Sérgio (CH), hoje com 39 anos, nos conta que "*nos meus 14 anos, eu conseguia na farmácia direto, sem receita sem nada, não era controlado. Na época não tinha nada disso*". Contudo, ainda haveria um período no qual a regulação será mais "frouxa", e, portanto, seria

[219] A ANVISA, a partir da RDC nº 50, de 22 de março de 2006, passou a aprovar em suas resoluções "inclusões, alterações, exclusões, correções do número atribuído pelo Chemical Abstracts Service (CAS) e inclusão do número CAS ou referência bibliográfica, respectivamente, das Denominações Comuns Brasileiras (DCB) 2004, concedendo às empresas o prazo de 360 dias para adequações referentes a esta resolução". Essa resolução, contudo, viria a ser revogada pela RDC nº 63, de 28 de dezembro de 2012, que dispõe de forma mais detalhada acerca da nomenclatura das substâncias. Para detalhes dos critérios atuais de nomenclatura de insumos farmacêuticos, ver Brasil, 2012.

[220] Antes da Portaria 344/98 da ANVISA, havia o controle da prescrição apenas para substâncias psicotrópicas, reguladas pelas Portarias 27 e 28 da Divisão Nacional de Medicamentos (DIMED), de 1986.

mais fácil comprar sem receita, como atestado no relato de meus entrevistados que tomam testosterona a mais tempo, como Fernando (CG) ou Antônio (CH). Através dessa pesquisa, não fui capaz de perceber quais os motivos do aumento de fiscalização por parte da ANVISA, mas, comparando os relatos de quem só começa a tomar o hormônio mais recentemente, fica evidente que o controle tornou-se muito mais efetivo na década atual.

Essa mudança coaduna com a análise de Farias, Cecchetto e Silva (2014) sobre os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Segundo os autores,

> [o] estudo indicou, através de uma comparação entre os anos 2001 e 2005, o aumento de 0,3 para 0,9 do consumo de EA [esteroides anabolizantes] no país. Os resultados apontam que, entre as drogas estudadas, os EA foram as que apresentaram maior crescimento no período, tendo seu consumo triplicado. Na classificação por sexo, os homens respondem pela maior taxa de aumento no consumo: de 0,6% para 2,1%, enquanto as mulheres se mantêm no mesmo patamar: 0,1%. Outro dado relevante diz respeito às percepções dos respondentes sobre o acesso às drogas. Nesse item, os anabolizantes são percebidos como uma substância de fácil acesso, observando-se um aumento da prevalência de 47,0%, em 2001, para 48,7% em 2005, com destaque para os homens com um aumento de 49,7% para 54,7% (FARIAS, CECCHETTO, SILVA, 2014, p.424-5)

Essa facilidade de acesso é percebida nos relatos que ouvi, mas, talvez em função disso, ficou relativamente mais difícil comprar testosterona ou seus derivados em farmácias sem uma receita. As substâncias anabolizantes (lista C5), ao lado dos medicamentos à base de substâncias sujeitas a controle especial (lista C1), exigem o formulário da Receita de Controle Especial[221], conforme os termos descritos nos artigos 52 a 60 da Portaria 344/98. Especificamente sobre as substâncias anabolizantes, tais artigos definem que a receita de controle especial deverá ser preenchida em duas vias, "sendo a '1ª via - Retida no estabelecimento farmacêutico' e a '2ª via - Devolvida ao Paciente', com o carimbo comprovando o atendimento" (Art.53, p.11). Além disso, deverá obrigatoriamente conter uma série de informações para a identificação legal do prescritor e do usuário (Art.55, p.11), sem a

[221] Existem hoje no país sete tipos de receituário diferentes, além da receita "branca" descrita no texto. A receita simples, como o nome indica, é a mais comum, usada para substâncias não controladas, que permanece na posse do usuário. As receitas de notificação de tipo A, amarelas, são necessárias para os medicamentos das listas A1, A2 e A3 (substâncias entorpecentes e psicotrópicos), têm validade de 30 dias, permitem a compra de medicação para 30 dias de tratamento, e exigem que a notificação seja datada. As receitas azuis são de notificação B, cobrindo as listas B1 (substâncias psicotrópicas entorpecentes) e B2 (medicamentos psicotrópicos anorexígenos). Essas permitem a compra de medicação para 60 dias de tratamento (B1) ou para 30 dias (B2), também devem ser datadas e têm validade de 30 dias. Há a Notificação de Receita Especial de Retinoides, de cor branca, para a prescrição dos retinoides de uso sistêmico da lista C2, que permite a compra para 30 dias de tratamento, exige datação e tem validade de 30 dias. Já a Notificação de Receita Especial para Talidomida, é específica para esse medicamento (lista C3), permitindo sua compra para 30 dias de tratamento, também de cor branca, exigindo a data, mas com validade de apenas 15 dias. Por último, temos as substâncias antirretrovirais (lista C4), de formulário próprio, estabelecido pelo programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde. Para maiores detalhes, ver o Formulário Terapêutico Nacional (FTN) de 2010 e a Portaria SVS/MS 344/98.

qual a farmácia fica impossibilitada de aviar a receita (Art.52, §2º, p.11). A Portaria fala ainda que as prescrições de médicos veterinários devem ser feitas expressamente para uso veterinário (Art.55 §1º, p.11), o que tem relação direta com a prática de consumo de anabolizantes veterinários em humanos, já feita por pelo menos quatro de meus interlocutores (Claudio, CH; Antônio, CH; Mateus, CH; e Jorge, CH), e especialmente comum entre fisiculturistas.

Uma questão de grande relevância para meus entrevistados trans surge quando a Portaria define que a receita só terá validade por 30 dias (Art.52, §1º, p.11), e limita a compra "a 5 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente a no máximo 60 (sessenta) dias" (Art.59, p.12). Em outro capítulo da "novela mexicana" que era seu acesso ao hormônio, Leandro (TH) relata:

> *Tinha que vir até* [o hospital] *e o médico não estava, o residente dizia que não podia prescrever,* [...] *hoje isso é tranquilo aqui, mas era um inferno. Só* [o médico responsável] *é que podia* [prescrever] *e só dava para aquele trimestre, então sabia que tinha que, daqui a pouco, cavar outra...era um parto para conseguir a receita!*

O grande problema aqui é que Leandro só começa a tomar testosterona já inserido no processo transexualizador do SUS, mas num período ainda bastante inicial, no qual muitas atribuições ficavam concentradas na figura do cirurgião responsável. Além disso, não podemos deixar de lado o despreparo (e mesmo a transfobia) dos profissionais que compunham a equipe. Se, como vimos com Almeida e Murta (2013), esse é um dos maiores desafios do atendimento integral de pessoas trans no SUS até hoje, podemos supor que era ainda pior em meados de 2009, quando Leandro vivencia essa história.

Para driblar esse problema, Augusto (TH) criou um método de alternância de consultas a endocrinologistas no Rio de Janeiro e em São Paulo:

> *Eu vou aqui e vou lá.* [Você alterna? Vai uma vez aqui e uma vez lá?] *Eu vou! Geralmente não cai perto não.* [Porque ir nos dois?] *Porque eu tenho medo de...tipo...acontecer alguma coisa com o meu médico, o médico não estar, ou morrer, ou passar mal, eu ficar sem receita e ficar sem tomar, aí eu vou em dois. Isso é a maior preocupação assim, eu vou ter...eu vou ter que tomar isso a vida inteira. Eles não me dão receita assim, dá só a próxima, aí eu tenho esse medo de ter que parar por um problema que nem...que não é meu.*

A limitação da quantidade de medicação por receita, e da curta validade da mesma, não prejudica apenas os homens trans. Sérgio (CH) também lamenta a restrição:

> *no começo eu conseguia diretamente na farmácia, aí depois foi ficando difícil, [...] foi proibido e o caramba, só com receita, aí então fica difícil você arrumar uma receita, porque médico nenhum te receita isso, a não ser...um médico...é esportivo né, um cara [...] especializado, aí ele te receita. Só que, tipo assim, são quatro no máximo por receita que você pode conseguir. Então mais do que isso, você não consegue. Então aí você vai...vai tendo a...tudo tem um jei...a pessoa consegue burlar, né?*

Na fala acima, há uma pequena confusão de Sérgio (CH), pois o máximo por receita seriam cinco ampolas. De toda forma, a proibição da ANVISA faz com que tanto Leandro (TH) quanto Sérgio (e é possível supor que muitas outras pessoas) criem artifícios ilegais para acessar o medicamento, seja recorrer diretamente ao mercado paralelo ou através de contatos com médicos, farmacêuticos e funcionários de farmácia. A Portaria 344/98 abre uma brecha para a prescrição acima desse limite, mas, para tal, "deverá apresentar justificativa com o CID ou diagnóstico e posologia, datando e assinando as duas vias." (Art.60, p.12), o que, na prática, inviabiliza o acesso ampliado em casos de uso para hipertrofia muscular.

Apesar dessas dificuldades, meus interlocutores em geral demonstram um maior conforto em acessar a testosterona de forma mais legítima, menos por uma sensação de necessidade de um acompanhamento médico-farmacêutico do que pelos riscos associados ao mercado paralelo. Em todos os relatos, está presente o fantasma da falsificação, principalmente na compra pela internet. "*Você não sabe quem é a pessoa na outra ponta. Será que é de confiança? De qualidade? É Durateston mesmo que está ali dentro daquela ampola?*" (Samuel, CH).

Ainda tem um outro fator no mercado paralelo, quando a compra é feita diretamente pela internet, e não fisicamente. Nesses casos, será preciso depositar o dinheiro, e esperar o medicamento chegar pelo correio. Entretanto, não há nenhuma garantia de que o processo será honesto. É o que relata Antônio (CH): "*isso tem muito e também tem aquele risco de você comprar, depositar o dinheiro, e a parada não chegar. Isso já aconteceu comigo.* [E aí, como faz?] *Infelizmente, às vezes, você toma cano, porque isso é uma coisa ilícita. Fica por isso mesmo*."

Essa preocupação vai para além de uma questão de "defesa do consumidor". No que pese a implicância histórica de brasileiros com a indústria paraguaia, uma marca de produtos anabolizantes bastante comum do Paraguai foi citada várias vezes para exemplificar produtos de baixa qualidade[222]: "*então, conseguia da galera que busca no Paraguai aí, Landerlan* [risos]*, esse tipo de marca aí*" (Mateus, CH). A impressão de falsificação fica ainda mais forte quando o principal derivado de testosterona da Landerlan é vendido com o nome comercial de Duratestoland, como para não deixar dúvida de que se trata da mesma formulação do Durateston. Além da facilidade de compra pela internet, os produtos da Landerlan são muito

[222] Aqui temos um contraponto com a observação de Geest e Whyte (2011, p.468) da popularidade de medicamentos de origem estrangeira. "Uma origem exótica dos medicamentos, portanto, é facilmente vista como a promessa de que eles são realmente superiores". Ao que tudo indica, porém, esse "encanto" específico do medicamento depende da posição geopolítica do país que o produz: faz sentido em nações africanas em relação a produtos europeus, mas não se mantém no Brasil em relação ao Paraguai.

mais baratos, o que os torna especialmente atraentes entre uma população mais jovem. "*Você compra pela internet, além de ser muito mais barato,* [mas] *quando chega pra você, é farinha pura!*" (Sérgio, CH). Quando perguntei a Leandro (TH), um homem mais velho e funcionário público, acerca desse consumo por conta própria entre os homens trans, ele responde da seguinte forma.

> *Eu acho que tem.* [...] *eu sei que rola um circuito alternativo sim, noutro dia alguém me ofereceu, que tinha uma sobrando e tal, que eu não sei qual era a origem dela, né, se eu não queria comprar. Eu sei que tem um circuito. Eu sei que, a um tempo atrás, em São Paulo, tinha uma rede de compartilhamento de...que envolvia inclusive compartilhamento de seringas, o que é complicadíssimo, de comprar um tubo e distribuir entre vários. Eu acredito que isso deva estar acontecendo sim, até por conta dessas características sociais do grupo, né, como você tem muita desproteção social, muita vulnerabilidade social, você vai ter tráfico, né, e eu acho que também isso interage com a expectativa.*

Uma fala muito parecida com a de Leandro (TH) foi repetida por Ivan (TH), enfatizando os riscos do compartilhamento de doses e seringas entre mais jovens, e a compra de medicamentos de origem duvidosa. Segundo Hoberman (2005, p.27), o compartilhamento de seringas é um problema grave também no Canadá, e recebe bem menos atenção do que o mesmo ato envolvendo drogas ilegais como a cocaína ou a heroína. De toda forma, o resultado dessas práticas pode ser visto em exemplos de rapazes trans que tiveram graves problemas de saúde supostamente em decorrência desse uso sem regulamentação.

> *Tem muitos meninos que, já que compram sem receita, compram conscientemente de que* [...] *é o que não é comercializado aqui no Brasil, né, o Duratestoland* [...] *Tem um caso lá, não sei o nome dele* [...] *ele fazia o tratamento, né, acompanhado e tudo, aí ele mudou, ele foi fazer uma viagem* [...] *e ele esqueceu de pegar a testosterona. E, sei lá, para não ficar sem, ele aplicou* [...] *dessas clandestinas, né. Ele teve uma reação muito negativa, foi parar no hospital e tudo o mais. Quase morreu!* (Frederico, TH).

Augusto (TH) conhece outro caso semelhante. Por ser educador físico, pedi que Augusto comparasse o recurso ao mercado paralelo entre homens trans e homens cis buscando hipertrofia muscular, e sua resposta foi a seguinte.

> *Eu soube de alguns. Ah, no caso de ser hipertrofia tem toda hora, mas no caso de...dos homens trans, eu fiquei sabendo de...dois ou três. Se teve mais...não me falaram.* [...] *teve um caso de um menino que...ele já tomava e de repente ele sumiu, o garoto sumiu! Ele* [importava]*, acho que da Argentina, e aí, o garoto sumiu, e o garoto que tava tomando começou a se sentir mal e foi parar no hospital com AVC, teve um AVC. Aí parece que ele ficou um tempo sem tomar...sem tomar nada. Teve um menino que faleceu...um homem trans que faleceu...ele também teve AVC, mas eu não sei se foi por conta do hormônio, ninguém sabe. Mas* [no primeiro] *caso foi...foi por isso nesse cara. E ele sumiu assim. Esse foi um dos casos que eu soube, que...descobriu que não era testosterona. Mas ele...eu acho que foi assim, ele vendia testosterona mas teve um momento que ele...tava vendendo outra coisa, misturou. Tava vendendo coisa...ou era substância...outra coisa dentro da ampola, não sei.*

A prática de misturar outras substâncias na ampola parece ser recorrente, não só entre trans. Claudio (CH), comentando sobre o mesmo assunto, afirma que "*estavam vendendo muito Durateston com óleo de milho* [...] *eles botam qualquer tipo de...de...de anabolizante ali para que haja o efeito, a pessoa veja isso e possa comprar de novo. Mas não, você não está comprando aquilo que você está pedindo, entendeu?*" As suspeitas de Claudio (CH) parecem estar corretas, ou, ao menos, são compartilhadas por outros usuários, a julgar pelo depoimento de Sílvio (CG): "*A última vez eu até fiquei na dúvida porque, como eu tive essa...essas dores nas injeções, eu fiquei preocupado porque, como nunca tinha tido eu...eu não descartaria* [a possibilidade de falsificação] *mas estava dando efeito...*". Geest, Whyte e Hardon (1996, p.164, tradução livre[223]) corroboram essas falas, afirmando que "[a] incerteza sobre a qualidade de um produto incentiva os clientes a comprar de alguém que é confiável e, inversamente, um vendedor vai manter seus clientes se seus produtos são bons. Em tal situação, a compra implica confiança mútua". Veremos outras menções a essa relação de confiança no mercado ilegal.

Um contraponto foi trazido por Renato (TG), para quem a questão da falsificação é "*meio mito, sabe, lenda. Nunca conheci alguém que disse, 'eu comprei, deu tudo errado, injetei e não era isso'.*" Porém, talvez essa diferença se dê porque, no círculo de Renato, "*a maioria consegue comprar receita mais fácil que comprar a testosterona* [...] *pode ser que isso aconteça então não é bom comprar testosterona de onde tu não sabe a origem, então por isso as pessoas tentam comprar mais as receitas do que comprar testosterona*".

Para além da possibilidade de adulteração, ou de uma completa falsificação, as mínimas exigências sanitárias, seja na fabricação, no transporte ou no armazenamento, deixam de ser cumpridas. Não se trata "apenas" de usar uma substância no lugar de outra, como no exemplo de Claudio (CH) acima. A preocupação com a qualidade dos adjuvantes e excipientes da formulação, com a higiene do ambiente de produção e dos materiais de embalagem e envase, assim como os procedimentos farmacotécnicos em si também se torna questionável na ausência de fiscalização e controle de qualidade.

> *Geralmente, trabalho com uma marca importada que vem de um laboratório indiano que é de mais confiança, porque tem muito laboratório de fundo de quintal. [...] Tem um amigo aí que fazia encapsulado em casa. Eu nunca tive coragem de tomar, porque o cara tinha gato e cachorro, e fazia no quarto junto com os bichos! Tudo bem que é encapsulado, mas injetável! Deus me livre! Tem que ter algum...paga-se um pouco mais caro, mas, faz o negócio bem feito. [...] O cara vai, compra o princípio ativo, faz em casa e começa a vender. Como é que confia? Eu não confio! [...] Você não sabe como é que o cara tá fazendo. O cara queria fazer*

[223] No original: "Uncertainty about the quality of a product encourages customers to buy from someone who is reliable, and conversely a seller will keep his customers if his products are good. In such a situation, buying implies mutual trust".

> *isso, ligar o forno pra esterilizar os bujões e fazer em casa. Eu falei, "tá maluco!" Eu não tomo!*

Quando falamos em medicamentos, principalmente os que ficam naquele confuso limiar entre o terapêutico e o aprimoramento, como é o caso da testosterona, a dificuldade de acesso devido a uma legislação mais rígida leva, invariavelmente, ao aquecimento do mercado paralelo, como observado por Geest, Whyte e Hardon (1996, p.163). Esse, por sua vez, não tem a mínima regulação; não há, evidentemente, nenhum controle de qualidade formal, como ressalta Fernando (CG).

> *Porque você pode importar, ou pedir pra alguém trazer, Winstrol, Deca, ou sei lá o quê lá de fora, mas você não tem garantia nenhuma! Nenhuma! Entendeu? Porque aquilo lá pode ser água! Né? Então, tem um efeito placebo no máximo. Mas vai levar a pessoa a uma frustração, e talvez querer buscar mais, mais, mais, mais, mais! De novo, entramos numa questão médica protocolar. Que através...pensando até em Foucault, quando ele tá falando de droga de uma forma geral, que a nossa sociedade é hipócrita, né, ela em vez de aproveitar, de estudar as drogas de uma forma geral para promover entretenimento, não, se excluí essa possibilidade. Só que daí todo mundo vai obviamente pro paralelo! Como se na verdade...aquelas coisas malucas que a nossa sociedade tá aí cheia de exemplos absurdos, né? Hipocrisias!*

Nesse sentido, o que vemos no comércio de testosterona hoje é muito parecido com o que acontece com as drogas de abuso em situação de criminalização. Mateus (CH) também faz essa aproximação quando lhe pergunto se realmente é muito comum o relato de falsificação.

> *Cara, bastante, velho. Bastante mesmo. Assim, até de perceber da galera. Mesmo a galera que toma com uma constância maior, a galera que treina, compete e tal. Assim, cara...e aí é uma preocupação que eu falei, assim, na minha visão, essa é uma indústria muito...ahn...talvez eu faria um paralelo com o mundo das drogas de fato, né? De, sei lá, cocaína, essas coisas do tipo...cara, uma vez que não tenha uma clareza de que pode-se produzir, uma fiscalização de controle de qualidade e tal. Cara, eu mesmo cheguei a ver, tipo assim, amigos que falaram: "Ah cara, eu tô tomando Trembolona, tô tomando sei lá o quê.". Aí, tipo, falei: "Velho, mas peraí, faz, sei lá, acho que seis anos, sete anos que não produz mais. Tipo, não tem quem faça isso." É...sei lá, não lembro se era esse o nome* [do anabolizante que o colega cita] *Tipo, não tem mais isso...mas, tipo, o quê que é? Então, tipo, sei lá, velho, o quê que tem! É um óleo amarelo que cê tá pegando, vai saber se o cara misturou testosterona com Winstrol, com sei lá, qualquer outra coisa, e os caras mandam pra dentro e...e isso é o que...é bem onde fica esse debate de drogas, né?*

Se há um consenso acerca da necessidade de controle de qualidade, Otávio (CG) defende que o Estado deveria ir além de apenas fiscalizar, mas disponibilizar livremente o hormônio. Essa é uma discussão em curso no processo transexualizador, mas Otávio é mais radical, fazendo ainda uma nova associação entre as chamadas drogas de abuso e a testosterona.

> *o que se deveria se trabalhar* [...] *nessa ideia da saúde mental, da saúde integral LGBT, é você ter, inclusive no SUS, é você ter uma política mais aberta para essas coisas porque, infelizmente,* [...] *tem gente que não se sente à v...feliz com o corpo delas. Assim como as travestis tem a questão do tratamento hormonal, eu acho que*

> *não custava nada...né, pô, eu me sinto feliz assim, percebendo toda a dinâmica que existe em torno do segmento gay,* [...] *de você se sentir infeliz, indesejável, de se ter uma...uma abertura mais para essas coisas, né? Porque assim, se você faz com tratamento médico, se você faz com todos os cuidados, você está treinando bonitinho, bá, bá, bá, numa academia, não custava nada dar um estimulozinho sabe, né, pra você se sentir um pouco mais feliz.* [...] *até a drogadição diminui! Se você parar para pensar, quando você está se envolvendo em atividade física, quando você está construindo seu corpo, você percebe que a drogadição acaba diminuindo, sabe, porque você não precisa mais daquela fuga* [...] *ou então, porque você tem que focar na atividade física, você tem que focar nas coisas* [...] *Você tem hora para acordar, então assim,* [...] *Você constrói um debate de redução de danos e uma liberdade pras pessoas fazerem com o corpo delas o que elas quiserem!*

Vale ressaltar que Otávio (CG) defende a liberação do uso para um público exclusivamente gay ("*segmento gay, GAY, no GAY, gay, G, né, nos homossexuais masculinos*"), numa percepção da importância que um corpo musculoso teria entre essa população. Além disso, é muito interessante que Otávio apresente o acesso à testosterona como uma questão de autonomia sobre o próprio corpo, algo que aparece mais ou menos explícito em todas as entrevistas, e terá consequências diretas nas respostas desses homens às frequentes críticas recebidas pela utilização do hormônio. Retomarei ambos os temas em maiores detalhes nos próximos capítulos.

Outro ponto a ser destacado nesse trecho é a curiosa noção de utilizar o hormônio como forma de redução dos danos causados por outras drogas. Desde meu primeiro contato com Otávio para a pesquisa, é constante em seu discurso uma estreita aproximação entre a testosterona e o que ele compreende como "drogas de balada" (notadamente a metilenodioximetanfetamina, o MDMA, princípio ativo do *ecstasy*, também consumido puro, e o ácido gamahidroxibutírico, o GHB). Assim como na fala de Fernando (CG) mais acima, Otávio (CG) considera uma hipocrisia que a testosterona seja tratada de forma diferente das outras substâncias. Inversamente ao que se poderia imaginar, contudo, o uso admitido pelos seus colegas é o de MDMA e GHB, enquanto o uso de testosterona é o que demanda maior sigilo.

A associação do uso de anabolizante com o consumo de drogas ilícitas é até bem comum, principalmente quando envolve um atleta profissional pego em exames anti-*doping*, como vimos no capítulo anterior. Por exemplo, Farias, Cecchetto e Silva (2014), analisando reportagens na imprensa sobre o uso de anabolizantes, encontraram discursos nos quais o atleta que faz uso do anabolizante

> é retratado como um "viciado", sendo os anabolizantes apontados como a "porta de entrada para drogas mais pesadas". Nessa perspectiva, o uso de EA é visto como o início de uma escalada para o vício, reforçando o estigma da pessoa que usa essa substância como um fracassado ou desviante. (FARIAS, CECCHETTO, SILVA, 2014, p.434)

Considerando que essa não é uma fala isolada, mas compõem um certo senso comum sobre o uso de anabolizantes, é interessante que as menções às "drogas mais pesadas" em minhas entrevistas tragam abordagens distintas, até opostas. Ao invés de servir de escada, de "porta de entrada", Otávio (CG) defende o uso do anabolizante justamente para diminuir o consumo dessas outras substâncias. Além disso, ao invés de apresentar o usuário de anabolizante como "fracassado ou desviante", Otávio constrói uma imagem de uma pessoa feliz, realizada, com muita autoestima.

A outra menção a substâncias ilícitas vem nos discursos de Fernando (CG) e Mateus (CH), para os quais haveria um silêncio, um tabu, acerca do uso de anabolizantes que impede tanto o controle sanitário quanto um conhecimento real, não estereotipado, do consumo de anabolizantes no país. Nesse sentido, tanto Fernando (CG) quanto Otávio (CG) questionam o que compreendem como uma carência de estudos científicos para desenhar um quadro real, menos "hipócrita", do consumo no país. Vale destacar que tais pesquisas, quando feitas, tratam o assunto como um agravo de saúde ou um problema criminal, e raramente a questão é trazida pelo ponto de vista dos usuários.

> Essa relativa invisibilidade do assunto EA, quando relacionada a uma questão de saúde pública, pode revelar a pouca atenção que os segmentos sociais em geral vêm reservando para o tema. No caso de gestores e agentes da saúde coletiva, tal quadro vem sendo gradativamente revertido, como foi dito anteriormente, embora ainda existam poucos dados sistemáticos e poucas iniciativas públicas nesse sentido (FARIAS, CECCHETO, SILVA, 2014, p.439)

Jorge (CH) parece concordar com essas falas, também criticando a ausência de pesquisas, e mais, reivindicando os resultados do uso massivo de anabolizantes no esporte profissional do bloco socialista durante a Guerra Fria que vimos anteriormente.

> *Eu sou a favor de você...de abrir o uso do anabolizante. Eu sou a favor. Justamente, vai ser muito melhor porque vai ter gente muito mais esclarecida e vai parar de fazer besteira.* [Para você, tinha que ter mais pesquisa?] *Tinha, porque fica tudo muito, muito obscuro né, num submundo, né. Então, dificilmente você vai pegar uma pessoa aí...esclarecida, que faz o uso e possa te dar um parecer legal de cada droga, o que vai acontecer, o que não vai acontecer, né? É muito difícil, é muito difícil essa...essa...a gente ter mais informações sobre as drogas né, até pra gente encontrar as informações é difícil! Muito difícil! Nossa!! Você tem aí as escolas, a escola russa, né, de 70, 80, é...deu uma boa base de material pra gente né, porque* [...] *os caras fizeram experiências com crianças de 3 anos a adultos!*

De toda forma, o que fica claro nessa discussão sobre acesso é que, na busca por testosterona, os homens devem ter muito cuidado para não ser enganados, o que pode ter consequências literalmente fatais. Por outro lado, se feito de forma adequada, os ganhos são inegáveis, gerando um aumento de autoestima que leva as pessoas a sugerir inclusive a liberação de um medicamento no SUS na ausência de um diagnóstico que justifique o tratamento. Porém, antes de finalmente atingirem seu objetivo e encontrarem-se com a

testosterona, resta um último obstáculo no caminho desses homens. Onde buscar informações confiáveis acerca do hormônio? Quais as precauções necessárias para trilhar esse caminho de forma segura?

6.5 **Escolha da substância, divulgação científica e "tradução imperfeita"**

Quando percebemos a variedade de derivados de testosterona disponível no mercado (formal ou informal), emerge o questionamento do que leva esses homens a escolher uma dentre tantas possibilidades. As dificuldades e facilidades de acesso de algumas frente a outras poderia indicar que esse seria um critério de decisão. Na verdade, essa foi minha primeira hipótese sobre essa escolha. Uma vez em campo, contudo, percebi que questões como acesso ou custo, que me pareciam ser mais óbvias, são menos centrais para a escolha do que a(s) fonte(s) de informações sobre o hormônio consultada(s).

O que parece fazer mais sentido aqui é a crítica, comum ao campo da Ciência Política, mas também à Sociologia, à teoria da escolha racional, que pode ser definida, sucintamente, como "a teoria sociológica que se propõe a explicar o comportamento social e político assumindo que as pessoas agem racionalmente". Deve-se, contudo, diferenciá-la da teoria da decisão, "uma teoria normativa [que] informa o que uma determinada pessoa deveria fazer se ele ou ela fosse racional" (BAERT, 1997, p.2).

> Apesar da existência de uma miríade de versões da teoria da escolha racional, a maioria dos seguidores considera as seguintes noções-chave: (a) a premissa da intencionalidade; (b) a premissa da racionalidade; (c) a distinção entre informação completa e incompleta e, no caso da última, a diferença entre risco e incerteza; (d) a distinção entre ação estratégica e ação interdependente (BAERT, 1997, p.3).

Seguirei os argumentos da crítica de Baert (1997), aplicando-os à questão da escolha por uma substância e não por outra. Se acreditamos na premissa da intencionalidade, meus interlocutores decidiriam a partir de uma clareza plena dos efeitos do hormônio no corpo, e teriam de ser plenamente capazes de diferenciar as várias apresentações da testosterona. Por mais que haja uma evidente intenção no uso, a saber, a modificação corporal virilizante, há frequentemente alguma referência a um efeito ou consequência não esperado, ainda que este seja considerado uma surpresa bem-vinda. E há também uma enorme dificuldade em comparar efeitos de diferentes compostos de testosterona – nenhum deles soube responder claramente à pergunta de por que essa e não aquela substância. A suposta intencionalidade da

decisão é ainda mais prejudicada pela ideia de que todas elas terão efeitos relativamente semelhantes.

> Explicações da escolha racional tentam dar conta do comportamento individual fazendo referência às convicções subjetivas e às preferências de um certo indivíduo e não às condições objetivas e oportunidades daquele indivíduo. É possível para alguém, portanto, agir de forma racional baseado em convicções falsas *vis-à-vis* os melhores meios de atingir seus objetivos ou desejos. No entanto, para que alguém seja considerado racional, deve agrupar, na medida do possível, informação suficiente para tornar sólidas suas convicções (BAERT, 1997, p.4).

Segundo essa perspectiva, ficaria muito difícil defender que a escolha por um derivado específico de testosterona seja racional, haja visto que a mesma parece ser muito em função das oportunidades que se colocam para aquele homem naquele momento. Não há uma preferência construída a partir de um acúmulo de informações que eleve uma substância à categoria de "melhor" ou "mais adequada" (Rubens, CG, sendo a única exceção nesse sentido). O mais comum é que a primeira vez seja em larga medida circunstancial, e, posteriormente, a partir de uma *expertise* adquirida no uso, haverá uma escolha que poderia ser caracterizada como mais racional.

Para seus defensores, a escolha racional estaria atrelada a uma diferenciação entre risco e incerteza, sendo o primeiro um cálculo consciente e probabilístico dos perigos de uma dada escolha, e a segunda, uma indefinição que inviabiliza na prática a escolha racional. Ora, para que haja uma noção real do risco seria preciso que meus interlocutores tivessem informações mais confiáveis e completas sobre o uso de testosterona, o que não é verdadeiro. Há muitas informações conflitantes na internet ou entre usuários, e há um silêncio ou uma condenação fatalista envolvendo discursos científicos e/ou clínicos. E ainda existe uma noção mais ou menos difundida de que o hormônio terá efeitos específicos em pessoas específicas. Com tudo isso, o cálculo do risco se torna muito falho, e sobram incertezas em relação ao uso, de forma que a escolha acaba sendo sempre estratégica e interdependente, ou seja, necessariamente, considera-se os resultados das escolhas de outros para sua própria tomada de decisão.

É óbvio que, quando perguntados diretamente, meus entrevistados são capazes de sustentar racionalmente suas escolhas. Porém, é preciso admitir que "[o] ato de explicar é, em realidade, o esforço de tornar os fenômenos observados inteligíveis" (BAERT, 1997, p.8). Isso não pressupõe que a escolha tenha sido *a priori* baseada numa plena racionalidade; apenas apresenta justificativas lógicas e convincentes para uma decisão anterior, construindo a ilusão biográfica de que fala Pierre Bourdieu (1998). Os teóricos da escolha racional, pelo contrário, tenderão a considerar uma determinada escolha como racional partindo da falsa

premissa de que suas explicações *a posteriori* foram os motivos conscientes da decisão. É preciso ainda considerar que diversos fatores culturais irão influenciar tanto a escolha quanto a maneira como ela será apresentada num outro momento. Vários de meus interlocutores, mas, de forma mais aguda, Fernando (CG), Claudio (CH) e Evandro (CG), minimizam, desqualificam ou evitam falar sobre o primeiro uso de testosterona, apresentado como uma irresponsabilidade, uma inconsequência juvenil ou um modismo, em contraste com um uso atual, mais racional e informado. A teoria da escolha racional desconsidera que esses homens tomaram aquela primeira decisão baseados em determinados valores que podem ser transitórios (como parece ser o caso nesse exemplo), tornando-se inclusive uma fonte de vergonha, o que é comum quando tratamos de fenômenos sociais, em especial práticas estigmatizadas como o uso de testosterona. Por fim, é uma falácia considerar que haveria apenas uma única maneira de agir racionalmente em relação a qualquer escolha, desconsiderando seu contexto.

Sendo assim, é justificável a multiplicidade de escolhas feitas pelos meus interlocutores, que a princípio me assustou. Julgava que seria possível agrupar, a partir de determinados marcadores sociais, uma preferência por essa ou aquela substância, o que se mostrou absolutamente irreal. É nesse sentido que afirmo que a escolha é mais circunstancial do que racional. Para se ter uma noção da dispersão, foram mencionados ao todo: 14 derivados de testosterona; 3 outras classes de anabolizantes; 2 protetores hepáticos; 5 substâncias diversas para terapia pós-ciclo; e 14 suplementos. A lista completa está disponível na Tabela 2 no Apêndice C.

Além disso, principalmente entre os fisiculturistas e/ou aqueles fazem uso há muitos anos, diversas substâncias são utilizadas, às vezes até simultaneamente. Uma experiência negativa com uma levará à substituição por outra, sendo que o problema não necessariamente será farmacodinâmico, ou seja, relativo aos efeitos. Um incômodo com a forma farmacêutica; com uma marca específica; uma dificuldade na compra; uma falsificação; um custo considerado alto (ou baixo demais), ou uma mudança de poder aquisitivo; um conselho médico; uma reportagem aleatória; ou simplesmente uma conversa com outro usuário: todos serão fatores potenciais de substituição. Não há em absoluto uma fidelidade a uma substância, como existe entre outros usuários crônicos de medicamentos ou drogas de abuso.

A partir disso, se tornou uma preocupação minha em campo tentar depurar qual era o contexto da primeira escolha. Como já disse, concluo que varia de acordo com as circunstâncias; retomando a metáfora da busca, essa escolha depende de quais pistas esses homens conseguiram identificar na procura pela testosterona. Assim, foi possível delinear

quatro principais fontes de informação, enfatizando que as mesmas não são mutuamente excludentes. Alguns homens contentam-se com a primeira fonte encontrada, considerando-a suficiente para a decisão; outros, mais desconfiados, irão confirmar a informação obtida com uma ou mais fontes. De toda forma, parece haver (I) um discurso mais oficial sobre o uso de testosterona, vindo da ciência/medicina, que informa o senso comum; (II) um discurso clínico, bem mais multifacetado; (III) um discurso intermediário, representado por leigos informados; e (IV) um discurso totalmente informal, vindo da experiência vivida com o hormônio.

Começando pelo discurso que chamo de oficial, uma ressalva precisa ser feita. Tal discurso se refere a um senso comum sobre o uso de testosterona, presente na medicina e na mídia, e reproduzido pelas pessoas não-usuárias em geral, e é contra ele que se posicionam meus interlocutores. Fatalista, criminalizante e estigmatizante, esse discurso é considerado, de maneira geral, hipócrita, infundado ou, pelo menos, exagerado pelos usuários do hormônio. Os efeitos adversos são supervalorizados, a ilegalidade do uso é destacada, e os possíveis benefícios são tratados como uma fraude (acionando a retórica do *doping*) ou uma procura moralmente duvidosa por ganhos rápidos e com pouco esforço. São os discursos analisados no artigo de Farias, Cecchetto e Silva (2014) citado acima. A bem dizer, dificilmente alguém usaria a testosterona se essa fosse a única fonte de informações sobre o tema. A associação com as drogas ilícitas é muito forte aqui, seja na descrição do tráfico de hormônio (ou receitas), seja na identificação do usuário como uma pessoa moralmente fraca ou de índole questionável.

Contudo, esses discursos são suficientemente hegemônicos para que todos os outros se construam em função de sua negação. Como vimos historicamente, a clínica tende a ser bem mais plural, e mesmo nos períodos de maior crítica ao "abuso" de testosterona, ou de criminalização de sua administração, como no *doping* depois dos 1970, sempre havia algum clínico (legítimo ou charlatão) disposto a hormonizar homens insatisfeitos com seu corpo, ou que se considerassem pouco viris. Atualmente, com a existência de um diagnóstico (relativamente) legítimo como o DAEM ou a disforia de gênero[224], não é surpresa imaginar que haja um número significativo de médicos que prescrevam o hormônio, mesmo que obviamente não haja um hipogonadismo. Assim, podemos abordar o recurso à clínica médica pelos meus informantes sob duas perspectivas.

[224] Quando me refiro a uma legitimação relativa, o faço por entender que, tanto no DAEM quanto no diagnóstico de transexualidade, haverá intensos questionamentos acerca da existência da condição, do seu caráter patológico e da necessidade de tratamento, seja entre a opinião pública, a grande mídia ou mesmo na ciência.

Há uma procura que poderíamos chamar mais "utilitarista": já vimos que esses homens prefeririam comprar o hormônio na farmácia, com receita, por conveniência ou para driblar a falsificação. O médico surge, nesses casos, como um mero produtor de receita – em certa medida, purificando um uso poluído, nos termos de Mary Douglas (2010). "*O problema principal é conseguir a receita para comprar na farmácia. Se você consegue o médico que te oriente quanto a isso* [...] *que são poucos os médicos que recebem um atleta e são a favor desse...do uso desse tipo de droga*" (Claudio, CH). Não apenas os atletas, mas essa situação se repete também entre os homens trans. A necessidade de conseguir a receita pode inclusive levar a uma conivência com um atendimento considerado ruim, como fica claro na experiência de Renato (TG).

> *Não, eu fui num endócrino, mas não era um endócrino muito bom* [..] *porque ele, parece que* [...] *não tinha um interesse muito grande em fazer o acompanhamento. Era mais tipo, tá, deu a receita ali, fica meio que acompanhando, mas, sabe, não era um acompanhamento. Eu só... praticamente eu só queria as receitas, e ele deu, sabe.*

Nesses casos, a clínica não funciona como uma fonte de informação; ao chegar no médico, esses homens já têm plena consciência do que querem, uma situação comum no recurso masculino à clínica. Rogério Azize (2002, p.73), estudando o uso de Viagra, também observa que os homens iam ao consultório médico buscando, exclusivamente, uma receita médica, o que também pude ver no caso de DAEM (TRAMONTANO, 2012). Essa objetividade no uso da clínica pode levar inclusive a ignorar os conselhos do profissional. "*Um amigo meu* [...] *falou que conhecia um médico bom, eu fui lá no médico.* [...] *ele me falou os riscos, essas coisas que o médico fala. Mas é aquilo né, a gente...bem dizer quase tudo que a gente usa a gente está sujeito aos riscos, aos benefícios, de tudo*" (Antônio, CH). Contudo, algumas precauções devem ser tomadas. Chegar numa consulta com um médico aleatório e pedir uma receita de testosterona parece ser pouco efetivo.

> *Eu insinuei pra ele assim...eu não cheguei claramente, porque eu fiquei com receio de falar para ele que eu queria usar uma coisa injetável, né? Perguntei, "não teria outra alternativa, outro medicamento, outro hormônio, sei lá, alguma vitamina, que pudesse aumentar, potencializar meus ganhos?" Aí ele, "não, atualmente, a gente vai trabalhar com isso mesmo que a gente está fazendo aqui, né, com DHEA, com a testosterona tópica, nada além disso.* (Roberto, CG).

Por isso, é preciso identificar quais são os profissionais dispostos a fazê-lo, o que será resolvido consultando outros usuários, de forma que uma verdadeira rede de produção de receitas ou indicações médicas se constitui. O que me foi descrito como ideal é encontrar um profissional que já tenha uma clientela com essa demanda.

> *Eu procurei o que o pessoal fala* [...] *nutricionista do esporte e tudo o mais, e falei que queria por causa disso, disso, disso e daquilo, e ele me passou os exames para*

> *saber taxa de testosterona, triglicerídeo, não sei nem que porra é aquela* [...] *ele falou que estava normal, mais ou menos normal, beleza.* [E o médico fez algum comentário sobre você tomar anabolizante?] *É, um cara da academia me indicou, e o cara* [se refere ao médico] *já sabe. Se bobear ele até te prescreve, receita, tu vai na farmácia, compra, e o cara até te aplica* (Samuel, CH).

Essa fala de Samuel me lembrou de uma conversa informal que tive ainda no momento de aproximação com o campo. Um conhecido (que depois recusou participar da pesquisa) havia me contado que, depois de anos usando o anabolizante por conta própria, passou a ter preocupações com seu estado de saúde e foi buscar um médico que fizesse o acompanhamento. Falando com outros usuários, descobriu um médico que não apenas prescrevia como vendia e aplicava no consultório mesmo. Todo o processo era envolto por uma aura de ilegalidade e sigilo, de forma que ele se referia ao consultório médico curiosamente como "minha clínica de aborto". Mais ou menos explícito, esses médicos "cúmplices" são avidamente procurados pelos usuários de anabolizante. Mateus (CH) me contou sobre um médico de sua cidade que havia sido fisiculturista quando mais novo, de forma que as pessoas que pensavam em tomar poderiam procurá-lo e ser francos em relação aos seus objetivos, pois ele não apenas não seria preconceituoso com o uso como poderia ainda dar orientações do ponto de vista de alguém que conhece os reais efeitos do anabolizante.

Outra possibilidade é simplesmente convencer um conhecido qualquer que seja médico, sem nenhuma relação com o uso de testosterona, a fazer uma receita, algo muito comum entre usuários de medicamentos psicotrópicos, por exemplo. Fernando (CG) me relatou que tem um amigo psiquiatra que, durante algum tempo, prescrevia o hormônio para ele. Mauro (TP) traz ainda uma nova possibilidade, envolvendo outro profissional não-médico.

> *Tipo, no começo da minha transição eu ficava sem tomar por conta da falta de acesso à endocrinologista, aí eu não conseguia a receita.* [...] *Eu fui em tudo que é farmácia tentando comprar testosterona, só que aí tem aquela coisa da receita né, e aí, não sabia, mas aí...um dos caras que queria e trabalhava numa das farmácias que eu passei, ele traficava, então ele me fez a proposta de vender pra mim e aí eu comecei a comprar por ele.* [...] *por causa disso eu comprei, assim, no tráfico, foi só assim.*

Por outro lado, há também aqueles que confiam na autoridade médica. Tais homens, mais permeáveis ao discurso hegemônico fatalista, compreendem o uso da testosterona como cercado de riscos à saúde, mas que, sob a tutela atenta do médico, não haveria perigo, ou os mesmos seriam minimizados. "*Olha, no meu caso, eu acredito mais no meu médico do que no amigo*", afirma Paulo (CG), ao contrário da grande maioria de meus entrevistados. Frederico (TH), que só começa a tomar o hormônio depois de entrar no processo transexualizador do

SUS, quando perguntado sobre os motivos de esperar a indicação médica para tomar testosterona, argumentou: "*eu acho perigoso* [...] *porque é só o médico que vai avaliar...se o corpo está apto, realmente, pra...pra absorver aquela substância, os ciclos né, é...o quê mais?...a forma de aplicar, tem uma série de coisas*" que ele não se sente capaz de decidir sozinho. Aqueles que fazem essa escolha tendem a se preocupar pouco em adquirir conhecimento sobre o hormônio e as consequências de seu uso, seguros de que o médico fará o cálculo de gerenciamento de risco. Demonstrando altíssima necessidade médica, pouco se preocupam se um medicamento seria melhor que outro, ou sobre qual seria o mais indicado para seus objetivos. Todas essas decisões cabem exclusivamente ao profissional gabaritado para isso.

O que mais me chamou atenção nesse recurso à clínica é que, entre minha amostra, essa postura era mais pronunciada entre aqueles que foram se consultar com um ortomolecular. A medicina ortomolecular não é uma especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, que a define como pseudocientífica e fraudulenta; quando muito, é tratada como uma medicina alternativa. Dessa percepção emerge uma curiosa contradição: os homens que são mais fiéis ao poderio médico recorrem a um profissional que é considerado um charlatão pelo *status quo* da medicina. A prática ortomolecular em si consiste na administração de quantidades consideradas supra terapêuticas, e tem suas origens na questionada "terapia megavitamínica", bastante popular na metade do século XX, que foi expandida para incluir, além de vitaminas, minerais, hormônios e diferentes dietas, o que explica sua busca por pessoas que desejam anabolismo muscular.

> *Eu fui no ortomolecular com esse objetivo* [...] *ganhar peso, conseguir me desenvolver mais na academia,* [...] *mas foi ele inclusive que me indicou, que ele já faz esse tipo de tratamento com outros pacientes, só que a dose que ele prescreve é bem pequena, não é a dose, entre aspas, cavalar, que as pessoas se auto aplicam* [...] *ele que propôs. Eu acho que na época eu não...eu não contei que já tinha tomado. É...ele, acho que já tinha um plano na cabeça dele que eu não sabia, de...de passo a passo, e aí um belo dia ele comentou assim "não quer fazer um ciclo e tal, acho que vai ser bom. Vai ser uma dose pequena, nã, nã, nã". Eu até me surpreendi* (Sílvio, CG).

Sílvio, que já havia tomado testosterona por conta própria antes, procura o ortomolecular como uma complementação do treino, mais preocupado com questões nutricionais do que visando "ciclar" de novo. Contudo, quando o médico propõe o uso do anabolizante, Sílvio vê vantagens frente ao uso anterior. O que surpreende é que a proposta parta do próprio médico, o que não parece ser algo incomum, uma vez que Otávio (CG), em outra cidade, tem uma experiência semelhante. Para quem busca uma intervenção mais pontual, como é o caso de Roberto (CG), o ortomolecular parece ser suficiente. Porém, para

quem faz um uso mais contínuo da testosterona, buscando maiores ganhos, as dosagens do ortomolecular são pequenas demais. Segundo Claudio (CH), "*esses médicos passam...não nas doses que a gente precisa, entendeu, vão passar nas doses que eles acham melhor, entendeu, mas que isso, pode ser que sim, pode ser que não, que surta o efeito que a gente quer. Então, a gente acaba é...conseguindo de outros meios*". É interessante pensar como as dosagens ortomoleculares são muito altas para a medicina convencional, mas muito baixas para o uso popular.

Uma outra questão é que a medicina ortomolecular é conhecida por sua ampla utilização de suplementação dietética em cápsulas e, uma vez que trabalha com superdosagens, recorre a medicamentos manipulados, o que torna seus tratamentos bastante caros. "*Assim, ortomolecular é muito bom, mas...eu acho que o custo/benefício não é tão bom, para mim, porque os resultados que eu vou conseguir são pequenos por um custo alto*" (Sílvio, CG). Não apenas o medicamento manipulado é caro, como a própria consulta: "*era R$ 550,00, aí ficava pesado né, a cada dois meses pagar uma consulta de R$ 550,00*" (Roberto, CG). Para além disso, o fato de ser uma especialidade, digamos, pouco ortodoxa, prescrevendo medicamentos manipulados também pouco comuns, favorecem certos arranjos que encarecem ainda mais o processo, como relatado por Otávio (CG).

> *É caro, é caro! Medicamento assim manipulado é muito mais caro. Por exemplo, agora, eu gastei na farmácia que ele indicou, é claro que, obviamente, tem um...algum esquema aí, ficaria quase dois mil reais, mas aí eu não fui na farmácia que ele indicou, e aí eu consegui um desconto de novecentos reais. Gastei uns mil e cem, que ainda é bem caro. E aí...né...porque daí é todo um processo, aí você tem o ciclo, você tem...você tem o protetor hepático, e você tem um pós ciclo para você ir mantendo...*

Apesar de tudo, a pouca legitimidade da prática ortomolecular fez-se presente entre meus entrevistados. Rubens (CG) é enfático ao dizer que "*eu não confio também no ortomolecular, porque ortomolecular vai fazer experimento comigo. Pra fazer experimento comigo eu não faço!* [Não sei] *de onde as pessoas estão tirando isso daí!*" O curioso é que Rubens, em certa medida, faz experimentos em si próprio, uma vez que não consulta nenhum profissional acerca do uso, tomando todas as decisões de forma autônoma, discutindo com uma amiga, também usuária, que é farmacêutica como ele. Tudo se passa como se a formação dele(s) o gabaritasse mais para experimentar do que a formação do profissional da ortomolecular.

Ainda no recurso à clínica, foi relatada uma perspectiva intermediária, na qual não há uma postura tão utilitarista do médico, mas que também prescinde dos conhecimentos desse profissional como fonte de informação sobre o hormônio. Para muitos de meus entrevistados,

em paralelo ao uso da testosterona feito por conta própria, é necessário realizar um acompanhamento médico através de diferentes exames, com especial ênfase para os diagnósticos por imagem e o hemograma.

> *Tem uma médica na Barra que passa os exames que eu tenho que fazer, tanto de sangue quanto esses* [...] *De imagem, é. Então essa médica me dá esse suporte, entendeu?* [Ela não questiona o uso?] *Ela é a favor, não, ela é a favor. Até porque...no início, ela até me passava certos anabolizantes, mas...a quantidade que...é pouca pra gente, não é suficiente, então eu parei de...dela me orientar nessa parte hormonal, e eu realmente comprar com...por fora* [...] *e ela ficou só nessa parte de* [acompanhamento dos exames] *eu não falei isso para ela, mas...*

Nesses casos, entende-se que a escolha por um ou outro medicamento não é da alçada do médico, mas apenas esse profissional está apto a identificar potenciais danos ao organismo. Chamo essa perspectiva de intermediária por compreender que haja um respeito a uma autoridade, e a uma *expertise* exclusiva do profissional médico, irrelevante na abordagem mais utilitarista. Ainda assim, a decisão sobre o que tomar e quando tomar virá de outras vivências, especialmente da troca de experiências com outros usuários.

> *hoje em dia eu vou...pelo menos uma vez por ano, vou ao endócrino, falo que eu tô usando hormônio né...no começo, eu não tinha* [...] *nenhum vínculo com o movimento social, eu não tinha o empoderamento né, pessoal, político e coletivo e tal* [...] *então, depois que eu comecei a me envolver com o movimento, comecei a participar, inclusive, do processo de construção das políticas públicas, eu entendi que eu tinha essa responsabilidade comigo mesmo também, e aí eu todo ano eu vou no endócrino, faço uma bateria de exames, eu falo que eu uso testosterona, e como a maioria deles não...prefere não prescrever, prefere não receitar, eles pelo menos tem...compromisso de cuidar de alguém que está usando, né* [...] *aí eu vou, todo ano, eu faço uma bateria de exames, faço...vejo como é que estão as coisas, faço as ultrassons todas que tem que fazer e exames de sangue, todos, e tal* (Flávio, TB).

Uma outra possibilidade aqui seria o médico amigo que dá receita conforme descrevi acima, mas que, por desencargo de consciência, juntamente com a receita, faz um pedido de exame, configurando algum mínimo acompanhamento da evolução clínica do usuário de testosterona: "*eu cheguei a esse médico por causa disso, porque ele já era um psiquiatra que...de alguma forma a gente mantinha uma relação, ele sabia disso, e eu fui me consultar e fazer as reconsultas, etc. e tal, e ele obviamente acompanhou todo o processo*" (Fernando, CG).

Essas diferentes interseções com a clínica trazem à tona a discussão de Luc Boltanski (2004) sobre um equilíbrio ótimo buscado pela profissão médica entre necessidade médica e competência médica. O autor francês definiu a necessidade médica como a "intensidade com que eles [os membros de cada classe] percebem e toleram suas sensações mórbidas", medido através do "consumo de atos médicos ou [...] na frequência do recurso ao médico" (p. 112). Já o conceito de competência médica seria "a percepção e identificação das sensações mórbidas", que dependeriam de "uma aprendizagem específica ou difusa, implícita ou

consciente, [...] em função do número e da variedade das categorias de percepção do corpo", o que seria percebido através da "riqueza e precisão de seu vocabulário da sensação, e de sua aptidão, socialmente condicionada, a manipular e memorizar as taxinomias mórbidas e sintomáticas" (p. 121). Para Boltanski (2004), um dos grandes dilemas atuais da medicina se apresenta da seguinte forma: é preciso incutir na população um nível de necessidade médica para que as pessoas compreendam que suas sensações mórbidas devem ser resolvidas no consultório médico, e apenas ou prioritariamente lá. Para isso, é necessário que as pessoas identifiquem essas sensações como um problema de saúde, e sejam capazes de apresentá-las numa gramática médica, dependendo, portanto, de algum nível de competência médica. Entretanto, caso as pessoas adquiram muita competência médica, corre-se o risco de que elas prescindam do médico para resolver seus problemas, acreditando ser capazes de fazê-lo por conta própria, de forma a reduzir drasticamente sua necessidade médica. Essa situação é bastante comum entre os usuários de testosterona, e levará ao que chamei aqui de uma abordagem utilitarista da clínica, quando muito. A profissão médica, portanto, precisa constantemente equacionar necessidade e competência médicas; entre meus entrevistados, contudo, esse equilíbrio está muito deslocado no sentido de uma autonomia do indivíduo frente à autoridade médica.

É baseado nessa autonomia que se constitui a terceira fonte de informação privilegiada de meus entrevistados, a mais densa, mais heterogênea e a mais consultada. Refiro-me aqui a discursos autônomos feitos por pessoas leigas, mas que utilizam um complexo vocabulário médico para apresentar de forma mais legítima os resultados de suas pesquisas sobre a testosterona e seus usos. Muito difundidos pela internet, mas não apenas, essas falas surgem como a primeira e mais disponível fonte de informações sobre o hormônio. Seja através da comparação entre diferentes efeitos e substâncias, entre relatos de usuários (frequentemente com fotos de antes e depois), seja comentando artigos científicos recentíssimos sobre o assunto, não é preciso procurar muito para esbarrar com esses relatos. São fóruns, *blogs*, páginas em redes sociais, perfis de pessoas famosas (ou que pretendem sê-lo), *sites* de mídias especializadas no tema, e mesmo publicações de associações profissionais e portais de artigos científicos; há uma variedade quase infinita de possibilidades de se inteirar sobre a testosterona.

Como tudo que envolve a internet, porém, surge constantemente o questionamento sobre a veracidade das informações disponibilizadas, e uma pesquisa de minutos é o suficiente para observar prescrições antagônicas sobre um mesmo tema. Ainda assim, os

homens com quem conversei se consideram capazes de separar o joio do trigo, e filtrar as informações verídicas num mar de incertezas.

Enquanto alguns se satisfazem em obter informação por outras vias e se preocupam pouco em acumular grande conhecimento sobre a testosterona, outros se dedicam a absorver a maior quantidade possível de informações sobre o assunto. Esses últimos se transformam em superespecialistas na testosterona, chegando a dominar o assunto melhor do que muitos profissionais de saúde e cientistas biomédicos. Por vezes, o interesse se converte na construção de uma carreira. Evandro (CG), por exemplo, abandonou sua graduação anterior e migrou para o curso de Nutrição, passando a ter uma visão oposta à que tinha anteriormente acerca de anabolizantes e, principalmente, suplementos. Nesse processo, Evandro (CG) procura ajuda médica para o uso do hormônio (passa a consultar um ortomolecular), o que julgava desnecessário antes, e, absorvendo um discurso comum na Nutrição, passa a rechaçar o uso de suplementos, defendendo que uma reeducação alimentar é mais saudável e mais eficaz.

> *Whey e essas coisas não, suplemento com alimentação mesmo. Dá pra você, com alimentação, não precisa gastar dinheiro.* [Você acha que é uma questão mais de dinheiro ou porque faz mal à saúde?] *Pela saúde...assim, pela fisiologia mesmo. Nosso organismo é...com certeza faz mal!* [Ah, mas tem um uso disseminado de Whey, né?] *Pois é, tem uso disseminado de Coca-Cola, um montão de gente...muita coisa que faz mal à saúde continua...a galera continua tomando.* [...] *a professora estava falando que isso força muito,* [o metabolismo] *Força muito o trabalho também. É uma taxa muito alta que você coloca, também não é absorvida. Igual à L Carnitina, né, no organismo. Nosso organismo produz uma taxa que se você começar a introduzir L-Carnitina na sua dieta, o seu organismo para de produzir.* [Mas aí, essas substituições, você aprendeu isso na Faculdade?] *Sim, é.* [Você escuta, lá na academia, acerca de alimentação?] *De alimentação saudável? Tsc, tsc, tsc...como eu te falei, deve ser, no mínimo, uns 80 a 75% da galera da academia, homens* [que] *fazem uso de drogas, né, e que não tem essa preocupação com alimentação* [pensa um pouco] *É, não tem!*

É interessante notar que Evandro (CG), ainda no segundo período e vindo de uma graduação na área de Humanas, tem dificuldade com as nomenclaturas e mecanismos da fisiologia, gaguejando muito para tentar explicar as consequências da suplementação sobre o metabolismo energético. Apesar disso, já está convicto dos males de substâncias muito populares nas academias de ginástica, como o *Whey Protein* e a L-carnitina, que ele próprio parou de usar, demonstrando sua rápida migração para um discurso mais "formal" (leia-se restritivo) acerca do uso de substâncias. Evandro (CG) é um daqueles que demonstra claro desconforto ao falar do uso inicial, por conta própria, da testosterona; sempre volta a conversa para o uso chancelado pelo médico. Outra curiosidade é como ele se refere aos anabolizantes, e mesmo aos suplementos, sempre como "drogas".

Se, por um lado, Evandro (CG) mudou de carreira devido a um interesse genuíno em alimentação saudável e metabolismo energético, por outro lado, ele parece ter pouco conhecimento sobre o assunto, aprendendo no ritmo da sua graduação. Outros entrevistados dominavam o assunto previamente a um ensino formal. Jorge (CH), por exemplo, considera que sua principal ocupação profissional é o comércio, e afirma: "*eu fiz Educação Física não foi nem por profissão né, mas por um hobby* [...] *Eu tenho curso de* personal trainer *e treinamento de atletas de* bodybuilding *da IFBB*[225] *e aperfeiçoamento de nutrição avançada da IFBB também.*". Um *hobby* que toma uma parte significativa de sua vida; nossa entrevista foi feita por *Skype*, pois Jorge se muda para a Califórnia visando entrar num circuito internacional de fisiculturismo, mas, prioritariamente, pôr em prática seus planos de abrir uma loja de suplementos.

Coincidentemente, Mateus (CH) também desejou abrir uma loja de suplementos, o que me lembrou que João Pedro (CG) passou a comprar o hormônio numa loja do gênero gerida por uma usuária de anabolizantes, e fez com que eu me perguntasse se esse seria um sonho comum no mundo do *fitness*. De toda forma, voltando à questão da busca por um conhecimento formal sobre o assunto, Mateus (CH) tem uma trajetória muito singular nesse sentido. Publicitário, aparentemente bem-sucedido em sua profissão, o *hobby* pelos anabolizantes o leva a procurar especializações numa área irrelevante para sua carreira.

> *Por gostar, por ir atrás, aí comecei [...] a me dedicar mais assim a ler livros de história de vida do Arnold, de Franco Columbu*[226]*, alguns mais antigos assim, assisti documentários, filmes, né? Então tem* Iron[227] *e tal, mostrando a vida dos caras, me chamou atenção. A minha mãe é educadora física, então participei de alguns cursos livres assim, da parte de musculação, da parte de nutrição, de suplementação* [...] *minha ideia era investir, fazer uma loja de suplementos, e acabei desistindo porque a verba que eu tinha não era suficiente* [...] *aí eu usei esse*

[225] Sigla para *International Federation of Bodybuilding and Fitness*.

[226] Franco Columbu inicia sua carreira esportiva como boxeador. Italiano, se muda para os Estados Unidos devido à forte amizade com Arnold Schwarzenegger, com quem formou uma parceria de treinos que duraria anos, e renderia participações nos filmes de Schwarzenegger. Columbu ganhou o *Mr. Olympia* em 1976, mas, no ano seguinte, quebra a perna de forma dramática competindo no *World's Strongest Man*. Após intensa reabilitação, volta a competir e ganha o *Mr. Olympia* novamente em 1981, tornando-se um exemplo de superação para atletas e amantes do fisiculturismo. Columbu não ganhou o campeonato, mas se auto intitulava o homem mais forte do mundo, dado inclusive a demonstrações absurdas de força, como levantar um carro com as mãos, o que faz com aparente facilidade no filme *Pumping Iron*. Algumas pessoas afirmam que a musculatura de Columbu era mais proporcional e mais definida até do que a do próprio Schwarzenegger, e que só perdia para o amigo devido à fama e prestígio deste, e à baixa estatura, que supostamente atrapalhava as decisões dos juízes.

[227] Refere-se ao *Pumping Iron* citado na nota acima. Intitulado no Brasil *O Homem dos Músculos de Aço*, trata-se de um documentário de 1977 sobre a preparação para o *Mr. Olympia* de 1975, uma competição profissional, e o *Mr. Universe* da IFBB, para amadores. Focando nas trajetórias de Arnold Schwarzenegger (prioritariamente), Franco Columbu e Lou Ferrigno, entre outros, a importância do documentário é retratar em detalhes o período conhecido como a "Idade de Ouro" do fisiculturismo, descrita atualmente como uma época nostálgica, na qual a simetria e a definição muscular eram mais importantes do que a massa e o tamanho, considerados parâmetros mais vulgares e de mais fácil obtenção.

> *tempo e esse dinheiro pra ler muito mais e comecei, na verdade, fui atrás de uma pós graduação que era...mesmo eu sendo formado na parte de Comunicação, eu sou publicitário de formação, vi que não teria impedimento nenhum para fazer uma pós graduação da parte de biomecânica* [...] *Biomecânica, Avaliação Física e Prescrição de Exercício.* [...] *Mas assim, muito mais pra ir atrás de entender como o meu corpo funciona, como...técnicas que eu poderia utilizar...foi bem legal porque, assim, teve algumas aulas que foram com fisioterapeutas, e aí até por conta da lesão no braço e também uma lesão que acabei tendo depois, enquanto treinava, no ombro, então, de métodos de me reabilitar sem precisar ir até um fisioterapeuta.*

Nesse trecho, percebemos novamente como o fascínio de Mateus (CH) pelo fisiculturismo e pela vida de seus praticantes famosos o leva a mudanças em sua própria vida. Mais interessante é pensar como o conhecimento através de livros, filmes, documentários e biografia de fisiculturistas não são suficientes para Mateus, levando-o a procurar um ensino formal. Podemos ainda analisar isso do ponto de vista de Boltanski: Mateus acumula competência médica de forma a prescindir do educador físico para preparar sua série de exercícios (o que é comum entre frequentadores assíduos de academias de ginástica), e até do fisioterapeuta para se recuperar das frequentes lesões. O curso dá maior segurança para tomar decisões por conta própria.

> *Até a busca do curso foi isso. Tipo, cara, tem coisas que eu já tô experimentando em mim por causa desses outros cursos livres, então vou lá atrás do que eu posso melhorar no meu treino.* [Nesse sentido, foi produtivo o curso?] *Bastante. Bastante, ué. Aprendi bastante coisa*. [Descobriu que você fazia muita besteira ou não?] *Cara, eu acho que besteira, não. Porque assim, a grande vantagem que eu achei do curso foi assim, por ser um curso já de pós-graduação,* [...] *então é um meio mais acadêmico,* [...] *é muito baseado em estudo e assim, cara, não tem nada de tão errado assim que a gente vá dizer pra você, "Não faça!". Mas, assim, existem, e isso foi uma coisa que eu achei bastante interessante do curso, né, de ler também muito mais artigos e tal, e aí discutia...cara, não tem uma coisa errada, talvez é errado pra aquela situação, pra aquele momento.* [...] *Tipo, se eu não gosto em hipótese alguma de fazer, sei lá, a...mesa flexora é uma coisa que me fode a vida, velho. Em geral treinar membros inferiores é mais difícil, então, cara, eu sempre dou preferência para o agachamento. Eu preferia o agachamento com barra, preferi agachar até o chão. Pô, quais as vantagens de agachar noventa* [graus] *e agachar até o chão, não sei o quê. O meu joelho suporta? Suporta. Com ajuste de carga o que eu posso fazer pra...então, foi nesse sentido* [que o curso ajudou].

Nesse trecho, Mateus (CH) inclusive chega a se referir como alguém que prescreve exercícios ("nada de tão errado que *a gente* vá dizer"), tamanha autonomia e segurança que sente. O que me chamou atenção nessa história é que Mateus considera que um curso teórico ("muito baseado em estudo") tenha validade para alguém que conhece aquela realidade na prática. Mas é justamente esse o motivo de procura do curso; saber ele já sabe no cotidiano, tanto que pouca coisa ele precisou ajustar, mas o curso deu uma outra dimensão do treino que ainda lhe faltava.

Esse é uma questão bem central entre os usuários de testosterona. Parece que o hormônio incita a busca por um conhecimento mais profundo, citada por quase todos meus

entrevistados. Há, contudo, algo de contraditório nisso. Ao mesmo tempo que esses homens são muito críticos ao discurso médico fatalista, sempre apresentado como preconceituoso e estereotipado, um conhecimento plenamente científico, de artigos acadêmicos e dos bancos da Universidade, não é automaticamente rechaçado. Pelo contrário, é comum que os próprios usuários citem com naturalidade especificidades de mecanismos fisiológicos que mesmo eu, que tenho formação bioquímica, precisava pensar duas vezes. Isso acontecia não apenas nas entrevistas, mas mesmos nos *sites* e fóruns da internet. Uma prática comum nesses ambientes virtuais, até para garantir a veracidade da informação, é apresentar as referências bibliográficas (frequentemente, no modelo ABNT) de forma muito mais organizada e transparente do que, por exemplo, as citações feitas pela indústria farmacêutica na divulgação de seus produtos. Era de se esperar que, sendo um conhecimento adquirido na prática, as pessoas considerassem desnecessário recorrer à teoria; entretanto, não foi isso que observei em relação à testosterona. Esse recurso à pesquisa científica é feito também entre os trans, especialmente Mauro (TP), um dos mais preocupados com a "comprovação científica" dos modos de uso e dos efeitos dos hormônios. Ao longo da entrevista, Mauro se refere à produção acadêmica de diferentes partes do mundo sobre o uso de testosterona em homens trans, e quase todas suas respostas eram justificadas com alguma referência bibliográfica.

Mas não devemos pensar que haja uma submissão ao conhecimento formal. Trata-se mais de uma apropriação, de uma certa subversão – eu utilizo os argumentos e o vocabulário da medicina para demonstrar o quão errada a medicina está sobre esse assunto. Dias após a entrevista, Mateus (CH), me envia uma imagem pelo *WhatsApp* que afirmava: "Se a ANVISA proibiu, é bom!", se referindo às constantes proibições que a agência reguladora faz à entrada ou permanência de anabolizantes e suplementos no mercado brasileiro. Ou seja, o mesmo Mateus que escolhe fazer uma pós-graduação apenas para adquirir mais informações, o que indicaria uma conivência com um conhecimento mais formal, critica a ANVISA por proibir o comércio de determinadas substâncias, uma proibição baseada no mesmo tipo de conhecimento.

Essa afirmação não significa que o contrário não ocorra. Uma formação na saúde pode levar a uma postura mais reticente ao uso, como aconteceu com Rubens (CG), que é farmacêutico.

> *Eu tomei testosterona em janeiro deste ano. Eu comecei a praticar atividade física a quatro anos atrás, quando eu resolvi fazer dieta, nutricionista, mas eu pensei muito antes de fazer, eu li, eu procurei...eu acho que um pouco da minha formação me ajudou a ter esse medo e esse receio, devido a saber os efeitos colaterais que poderiam trazer. Então, eu procurei ler e me informar e fazer algo bem pensado, não chegar a fazer algo...como muitas pessoas fazem, de qualquer jeito.*

Mesmo não sendo da área de saúde e não sabendo exatamente o mecanismo de ação da testosterona, o discurso proibitivo atinge um grande número de pessoas. Otávio (CG) é um exemplo dessa situação.

> *Eu sempre tive aquela ideia de que o uso de anabolizante, ele é ruim né, então sempre você teve essa coisa vilanizada. Quando em 2012, 2013* [...] *eu voltei para uma academia muito boa* [...] *que forma, meio que você percebe que o espectro dela é de treinar* bodybuilders *e, assim né, ela tem uma característica meio mais profissionalizada, entre aspas assim, da musculação. Não é só aquela coisa, você sabe que tem gente que treina para competir e, enfim...e eu comecei a entrar em contato com alguns amigos* [...] *e quando eu tive oportunidade* [...] *antes disso eu já tinha interesse, já lia bastante sobre esse tema, tinha interesse de entender um pouco mais. Eu tenho livros na minha casa, enfim, eu não sou da Educação Física, mas, assim, eu tenho livros, já tirei fotocópias de livros, então assim, sempre tive interesse em...em compartilhar isso, só que eu sempre tive medo.*

Para Otávio, foi necessário o contato com outros usuários para desfazer uma imagem ruim que o senso comum perpetua sobre o uso de testosterona. Mas, para além disso, ele destaca o contato com uma literatura especializada como algo determinante para vencer esse medo. Em diversas entrevistas, são feitas rápidas menções à leitura, à pesquisa sobre o tema antes de usar. Ao que tudo indica, esse recurso à literatura é posterior ao desejo do uso ter se estabelecido; essa pesquisa serviria mais para corroborar a decisão de tomar do que a formar opinião sobre usar ou não. Mas, nesse ponto, surge o problema: o que exatamente você vai ler? O que tem na internet é confiável?

> *A gente sempre ouviu* [sobre anabolizante]*, mas nunca me aprofundei no assunto, mas, a partir do momento que fui conhecendo amigos que tomavam, eu comecei a pesquisar, e tinha também na academia lá um médico...que era...competia né, na época mais novo, então ele sabia muita coisa, peguei muita informação com ele, e fui lendo, fui lendo, buscando informação...não aqui* [na internet]*, né, não em blog, que nem todo mundo faz, a famosa* Broscience*, não sei se você conhece esse termo – a ciência do* brother [gargalhadas]*. Então, me aprofundei. Não muita gente consegue se aprofundar, mas a gente vai vendo e cada vez aprendendo mais* (Jorge, CH).

Seria então essa "*broscience*" a responsável pela disseminação de informações errôneas sobre o assunto. Diferente da medicina, que é vista como deliberadamente preconceituosa, esses *brothers* na internet podem até ser bem-intencionados, mas acabam errando por falta de conhecimento mesmo. Ainda assim, todo mundo parece consultar esses fóruns em algum momento.

> *Eu li mais por visão crítica pra perceber...para ver se o meu tratamento, ele tinha alguma lógica, porque eu discordo de muita coisa que está escrita no fórum. Discordo assim absurdamente.* [Acha que tem muita maluquice ali?] *Muita, tipo tomar Clomid por 28 dias, tipo, Clomid são cinco dias! Gente, tá na bula, é cinco dias! Você não precisa mais de cinco dias para restabelecer o seu ciclo!* [Mas o fato de você ser farmacêutico também te dá uma segurança para tomar certas decisões, não?] *Ah, me deu, me deu, me deu, porque eu não fiz...eu considero que eu fiz dentro de uma...segurança* (Rubens, CG).

Assim, todos criticam as prescrições feitas nos fóruns de internet, que lembram muito as páginas de prescrição de dietas, também muitas vezes sem nenhuma base científica. "*É receitinha pronta!*", Mateus (CH) dá seu veredicto. Porém, afirma logo na sequência: "*justamente por ler, por correr atrás, acompanhar, sei lá... no Instagram, no Face, seguir, ver os treinos dos caras, comprar revista e tal. Tipo, nunca fiz nada muito revolucionário, mas de ver documentários e tal...'pô, mas acho que isso aí tem uma lógica!'*." Ou seja, a internet tem muita coisa "absurda", mas eles são de alguma forma capazes de separar os *sites* de "receitinha pronta" dos "caras" que vale a pena seguir e copiar os treinos. Em alguns casos, os fóruns servem para tirar dúvidas quando já se tem um conhecimento mais avançado sobre a testosterona. Perguntei a Antônio (CH), que já usou diversos anabolizantes diferentes, onde ele busca informações sobre essas substituições.

> *Internet, internet, por que, geralmente, quando a gente toma anabolizante, quando a gente faz ciclo, a gente combina algumas coisas e nessa combinação, se você não souber combinar, você acaba ficando...porque uma coisa às vezes aumenta, e outra coisa, às vezes bloqueia a produção de testosterona, que* [...] *não sabendo combinar, não sabendo tomar, acaba ficando desse jeito.*

Mas o contrário também pode acontecer, ou seja, no início, por não saber mesmo como age a testosterona, as pessoas procuram respostas para suas dúvidas na internet, e, posteriormente, percebem que aquela não é uma fonte confiável, como relata Samuel (CH):

> *procurava alguma coisa aqui e ali, hipertorfia.org...* [Você acompanha esses sites?] *Sim. Na época, eu acompanhava, hoje em dia, não tanto.* [...] *Já estava tomando e tal, mas aí acompanhei por causa de alimentação e tudo o mais* [...] *Não para decidir o que tomar. Pra decidir o que tomar, foi conversando realmente com quem já tomava e que eu conhecia.* [E nesses fóruns, o que as pessoas falam é muito diferente do que o que você já fazia?] *Muita gente fala merda, né. Muita, muita gente fala muita besteira. Eu parei de consultar a internet por causa disso, porque nego fala umas paradas que tu fala, caralho! E eu não entendo, mas sei que não tem nada a ver!* [...] *é...o cara...bota um* post *atrás do outro, o cara fala aqui uma coisa, aqui fala outra, aí três respostas abaixo, o cara fala uma parada que não tem nada a ver, aí tu entra pra tentar te ajudar e tu sai mais confuso! Aí eu parei. Falei não dá, não dá!*

O que foi mais consensual nas entrevistas é que o ideal é conversar com outros usuários ou com um profissional, e usar a internet no máximo para tirar pequenas dúvidas, ou confirmar informações obtidas por outras fontes.

> *Não, melhor coisa é você trocar uma ideia com o pessoal do meio, entendeu, e pessoalmente. Nada de ver na internet! Ver na internet, você vê o básico. Você não vai seguir um ciclo que dão na internet, entendeu? Você vai ser orientado, ter informações, pelo que você conversa, ao menos comigo, né? Um leigo não...que não tenha esse...esse pessoal pra poder conversar, vai procurar na internet. Quem tem esse meio, quem está no meio...troca ideia com quem já faz.* (Claudio, CH).

Nesse trecho, Claudio (CH) traz uma outra questão que é negligenciada na recusa aos fóruns e *blogs*. É uma característica de grupos na internet servir como apoio e incentivo para

alguém que pretende iniciar uma nova atividade qualquer, mas, por alguma razão, não se sente seguro em fazer e não conhece ninguém que faça. Esse caráter de especialista que meus interlocutores assumem para si acaba por mascarar o que é, no fundo, uma vantagem (ou pelo menos uma potência) desses espaços virtuais. Considerando que o uso da testosterona que meus interlocutores fazem é ilegal ou, na melhor das hipóteses, estigmatizado, os grupos podem ajudar a dar uma segurança. Em alguns casos, é o primeiro contato que uma pessoa tem com outros usuários.

> *Era de um grupo no Orkut que tinha, chamado Disforia de Gênero* [...] *as pessoas é...adotavam o diagnóstico, né, e a gente...a gente se sentia doente mesmo! No começo, não tinha nenhuma dessas discussões abertas, assim, sobre a despatologização, era...muito pelo contrário né, era um argumento que...meio que protegia a gente de algumas acusações preconceituosas. É, tipo, "ah, eu sou doente, né"* [...] *É, e aí a gente assumia mesmo esse discurso e aí...e foi assim até eu...levou um tempo até eu entender que não se tratava de nada disso, que o rolê era outro, e aí levou um tempo pra eu entender.* [Você tinha contato com outros homens trans?] *Não,* [na minha cidade] *eu fui o primeiro homem trans a aparecer, assim, a se dizer homem trans...dentro do movimento também. Assim, eu comecei, eu tive contato com o movimento quando eu comecei a estagiar dentro da gerência de Livre Orientação Sexual da Prefeitura, na Secretaria de Direitos Humanos, e aí, estagiando ali, né, na gestão, eu vi a relação que o movimento tinha, né, com a gestão* (Flávio, TB).

Até esse momento, o único contato de Flávio com outros usuários de testosterona havia se dado no contexto patologizante do grupo na internet. Foi a partir do contato com o movimento social, durante o estágio, que Flávio pôde construir um outro discurso acerca da transexualidade. Nesse sentido, sua experiência foi semelhante ao que Claudio (CH) contemporizou na fala mais acima, de que só recorre à internet quem não conhece outros usuários fora do mundo virtual. Leandro (TH), um homem mais velho, não tinha essa disponibilidade quando começou a pensar na transição de gênero, o que relata como algo mais sofrido e solitário do que entre os rapazes mais jovens, que já têm o apoio da internet. Quando lhe perguntei qual o contato que tinha com outros usuários quando decide tomar testosterona, Leandro diz:

> *Era zero! Nulo, nulo! Só via biografia, mais nada.* [...] *existia um* blog *chamado...um* blog *americano, "Pessoas Transexuais Bem Sucedidas"* [...] *eram homens de vários lugares do mundo, com predominância de americanos, óbvio, é...de diferentes...pertencimentos étnico-raciais assim, então você tinha orientais, tinha negros...com predomínio de brancos, mas...e sempre tinha uma pequena biografia do sujeito, com ênfase na questão profissional, o que é que o cara fazia e tal, então tinha policial americano, tinha vários escritores, tinha antropólogo, tinha artistas plásticos, artistas, atores, e tinha uma parte que era assim, ao longo da história, então mostrava outros homens trans que viveram em mil novecentos e vinte e pouco, trinta e pouco, tipo meio que comunicando que isso não era uma questão só de agora! Foi legal porque foram os homens que eu conseguia ver, e foi quando me surpreendeu também é...ver que tinha uma possibilidade de ter um fenótipo, uma aparência muito masculina nos padrões dominantes, né?*

Se o *blog* foi útil para perceber as potencialidades de efeito da testosterona, havia ainda uma carência de contato com uma experiência real, acessível, de alguém que tivesse usado e pudesse compartilhar a história. O mais próximo disso que Leandro teve foi o que aconteceu no emocionante relato que segue.

> *Uma colega de curso* [...] *chegou pra mim, e a gente teve...uma transa e tal, e aí ela disse pra mim assim: "Você tem certeza que você é lésbica?" Isso era...2003. E aí, eu falei, "Como não?* [...] *se eu não sou isso, eu sou o quê?" Aí ela disse, "eu morei em Nova York, e lá eu tive muito contato com a cena trans, e eu acho que, pelas tuas características, pelo teu jeito de...de se colocar, pelo...pelo que eu te vejo, você tá muito mais pra isso do que pra homossexualidade. Mas pensa, isso aí é só uma impressão minha e tal". E aí, pouco tempo depois, ela me mandou por e-mail uma foto com várias pessoas, eram umas seis pessoas, homens e mulheres, e disse, "eu vou fazer um jogo com você. Você identifique aí nessa foto quem é trans. Na verdade, já te dou uma dica, é um dos homens". E aí eu arrisquei umas duas ou três vezes e errei (risos). E aí, por fim, ela disse "o trans é* [...] *o cara baixinho careca de oclinho no cantinho" (risos). Era fora do estereótipo do corpão, do...da pilosidade enorme...do masculino hegemônico, é...porque eu disse pra ela, quando ela me disse isso, que achava que eu era trans, eu falei assim, "porra, mas olha só, eu acho que não sou macho o bastante para ser trans assim, eu acho que não vou...não vou ter corpão, eu não vou...não vou...não vou ser macho o bastante!" Aí, ela falou, "cara...você vai ser um viadinho adorável" (risos). E riu, né, e foi um jeito dela me comunicar que existiam muitas masculinidades possíveis nesse jogo, né? Isso me acalmou. Foi legal.* [...] *Aí, em 2009 então, era o que eu tinha de informação até então.*

Por essa fala, percebemos que Leandro (TH) leva pelo menos seis anos (de 2003 a 2009) para decidir finalmente tomar a testosterona. Outras questões, profissionais, familiares, políticas e pessoais, influenciam nessa "demora", mas, sem dúvida, a dificuldade de acesso ao hormônio e a ausência de alguém próximo colaboraram nesse adiamento. Além disso, a existência de uma política pública como o processo transexualizador facilita bastante, já que garante o acesso, o acompanhamento profissional e mesmo o contato com outras pessoas na mesma situação. Comparemos a história de Leandro com o caso de Frederico (TH), treze anos mais novo.

> *Bom, né, assim que eu me auto identifiquei, fui pesquisar na internet e tudo o mais* [...] *eu liguei primeiro na ouvidoria do SUS, porque eu vi alguns textos...eu via que tinha o processo, né, garantido pelo protocolo, e aí...eu liguei na ouvidoria, e lá* [...] *eu acho que foi um mês, ligaram pra mim informando que* [...] *abriria um grupo, né, específico para* [...] *o processo transexualizador* [...] *Na ocasião, eu fui é...o primeiro homem trans, e fiquei um ano e era só eu, eu, eu. Aí, quando eu vim para São Paulo, fiquei contente porque já tinha uns...cinco meninos, sabe, no programa.*

Alguns pontos dessa fala merecem destaque. Primeiro, assim que Frederico (TH) se identifica como homem, ele procura na internet mais informações sobre a transição de gênero. Segundo, nesse processo, aprende, a partir da experiência de outros homens compartilhada na internet, como agir para ter acesso à política pública, indo direto no caminho que seria mais efetivo, esperando apenas um mês para ser recebido. Terceiro, vemos que o contato com outro homem trans era algo desejado, para além do acesso ao hormônio simplesmente. Quarto, em

apenas um ano, Frederico chega à capital e encontra outros homens, o que o deixa muito satisfeito. Em contraste, Leandro (TH) levou seis anos para conhecer outro homem trans pessoalmente, numa trajetória descrita como muito solitária. Ivan (TH), um homem de 66 anos, levou décadas para conhecer outro homem com quem compartilhar experiências, e, quando finalmente acontece, Ivan é mais um conselheiro, depois de muitos anos usando o hormônio, do que um parceiro com quem trocar experiências, ansiedades e dúvidas, como acontece com meus outros interlocutores.

Não pretendo ignorar que a escolha por usar testosterona visando uma transição de gênero envolva fatores muito mais complexos do que para anabolismo muscular, e que tenha consequências muito mais profundas. Para os homens trans, essa decisão é eminentemente identitária, e irá marcar profundamente a vida desses homens, inclusive porque será muito difícil manter sigilo sobre o uso. Ainda assim, coloco as duas realidades em paralelo para destacar suas semelhanças. Além do incentivo inicial e da sensação de pertencimento a um grupo dos quais já falei, os fóruns dos usuários de anabolizantes também cumprem o papel de fornecer argumentos contra "acusações preconceituosas" da mesma maneira que o "Disforia de Gênero" cumpriu para Flávio (TB), ainda que considerados equivocados ou insuficientes futuramente. Passado o momento inicial, com maior segurança do que de fato acontece no corpo após o uso, é possível reconsiderar se aquele grupo faz ainda sentido ou não, um processo que me foi relatado tanto pelos cis quanto pelos trans. Se comparar os dois tipos de grupo traz o risco de reduzir a transição de gênero a uma escolha meramente estética, o que me parece óbvio que não é correto, por outro lado, vê-los em perspectiva diminui a sensação de que a experiência de trânsito de gênero é algo inusitado, excepcional e incomparável, que termina por descambar para o campo do exótico e do fetiche. Acredito ser mais estratégico tratar a ambas as experiências como modificações corporais decorrentes de uma mesma classe de substâncias, que terão, inevitavelmente, coincidências e semelhanças.

Isto posto, continuemos analisando a relação dúbia com os grupos de internet. Enquanto estava em campo, surgiu uma fala muito curiosa, que passei a incluir nas entrevistas que fiz posteriormente. Ouvi-a pela primeira vez através de Rubens (CG): "*porque, não sei se tem uma fundamentação científica, mas eles dizem que você só tem resultados de ganhos nos primeiros três ciclos. Os ciclos após...pode ser uma manutenção, mas você nunca mais vai ter o ganho que você teve nos primeiros*". Quando Jorge (CH) me falou sobre a *broscience*, aproveitei para perguntar sua opinião sobre essa "teoria dos três ciclos". Como Jorge passou toda a entrevista ridicularizando o que é dito na internet, já imaginava que ele seria crítico também nesse ponto, e, portanto, perguntei se ele via algum sentido nessa ideia de três ciclos.

> *Nenhum, nenhum. Nenhum, nenhum, nenhum!* [Risos] *Éééé, é o maior barato!* [Gargalhadas]. *Nossa Senhora! É que nem eu ouvi uma vez de uma senhora falando comigo, eu tava treinando, "acho que você não precisa treinar mais não, você já tá bom", aí eu, "é, posso ficar sentado no sofá, né?"* [Risos]. *Se fosse assim, então, um Jay Cutler*[228] *da vida, um Phil Heath*[229]*, três ciclos dele, já chegou daquele tamanho, né?* [...] *Eu acho engraçado que ele, com três ciclos, ele saiu de uma pessoa nor...*[sic] *as pessoas veem a gente...ela fala assim, às vezes veem uma foto antiga nossa e fala assim "nossa, você era pequeno hein", eu falei, "todo mundo um dia já foi pequeno, né?" Ninguém nasceu grande! Então, pra essa galera aí, um Phil Heath fez três ciclos, ficou daquele tamanho, é?* [Risos] *Três ciclos, né? Meu Deus do céu! Cada uma!!!* [Gargalhadas] *É muito difícil você...você fazer essa, esse estudo, nossa!! É igual estudo na área de alimentação. Saiu um estudo aqui, essa semana, falando que comer seis ovos por semana aumenta o risco de doença cardíaca. Aí você vai pegar esses estudos relacionados a alimentação, igual a uma outra aqui falando pra você, fazer duas refeições num dia é melhor do que comer de 3 em 3 horas, foi estudo de dez anos. Mas como é que você faz isso com um monte de gente se você não controla o que está comendo? Cada um com um organismo diferente...*

É preciso destacar que Jorge (CH) é sempre muito crítico, falando com claro deboche, da "pseudociência" da internet. A princípio, poderíamos pensar que se trata de um certo corporativismo, uma reserva de mercado, uma vez que ele é educador físico. Seria como várias vezes argumento sobre a medicina hegemônica; qualquer prática que funcione em outra racionalidade será tratada como charlatã. Entretanto, não sei se o mesmo de fato se aplica a Jorge. Mesmo sendo educador físico e *personal trainer*, ele falou duas vezes ao longo da entrevista que essa atividade profissional é um *hobby*, e ele já se considerava um especialista antes disso. A meu ver, a graduação de Jorge (CH) é equivalente à especialização de Mateus (CH), ou seja, ambos procuram uma educação formal em um assunto que já dominam. Contudo, não apenas os *brothers* da internet estão equivocados para Jorge; o estudo de dez anos sobre alimentação também é equivocado. Nesse sentido, há uma supervalorização da experiência vivida. Quem é realmente apto a fazer esses julgamentos são os atletas, as pessoas que modulam taxas hormonais e nutricionais no seu cotidiano. O conhecimento só será validado caso suas proposições sejam atestadas por esses usuários, e apenas assim.

---

[228] Jason "Jay" Cutler é um fisiculturista estadunidense contemporâneo, que ganhou o *Arnold Classic* em 2003 e 2003, foi vice por quatro vezes no *Mr. Olympia*, até que finalmente ganhou o campeonato outras quatro vezes (2006, 2007, 2009 e 2010). Cutler tem uma trajetória muito parecida com a de alguns entrevistados: descreve uma paixão pela atividade física desde a infância; começa a praticar musculação ainda adolescente; começa a competir em torno dos 20 anos, já ganhando campeonatos juniores; formou-se em Direito, não sendo o fisiculturismo sua principal carreira profissional a princípio; e dá enorme destaque em sua biografia ao controle alimentar. Sendo assim, não espanta que seja um modelo para Jorge (CH).

[229] Phillip "Phil" Heath é também um fisiculturista estadunidense, atual campeão (2016), pela sexta vez consecutiva, do *Mr. Olympia*. Considerado o grande nome do fisiculturismo atual, Heath começou a carreira esportiva no basquete, onde, segundo ele, aprendeu a "disciplina" e o "trabalho duro" que levou para a sala de musculação. Assim como Cutler, a quem chama de mentor e faz agradecimentos especiais em sua biografia (parece que Cutler intermediou um contrato para Heath com uma gigante da área de equipamentos esportivos), também destaca a reeducação alimentar como essencial para o aspirante a uma carreira bem-sucedida no fisiculturismo.

> *Então não adianta um cara aí, sei lá da onde, falando que tem que fazer isso, isso, isso, que isso faz acontecer. Claro! Mas, às vezes nego fala, "ah, me falaram que tomar"...que que foi?..."que tomar não sei o que emagrecesse, emagrecia". Eu falei "gente, se isso aí fosse verdade todo atleta tomava, né"?* (Jorge, CH).

Nesse sentido, a grande diferença entre a ciência dos *brothers* e o que Jorge faz é um diploma e um uso mais confortável do vocabulário da fisiologia e da bioquímica. Não pretendo com isso desmerecer o conhecimento de Jorge sobre hormônios, metabolismo energético e alimentação, que é notável, sem sombra de dúvida, o mais elaborado e mais complexo de todos que ouvi. Jorge fala com a segurança de quem de fato se dedica a estudar esses temas visivelmente a muitos anos, e, durante a entrevista, adota um tom claramente professoral, papel que ocupa com naturalidade e competência. Ao mesmo tempo, Jorge era muito respeitoso em relação à minha pesquisa, e, em diversas ocasiões, ressaltou a importância de um estudo sobre o tema. Mas não posso negar a sensação que essa consideração elogiosa sobre o meu trabalho decorria da minha fala muito explícita de que desconfiava do discurso fatalista sobre o anabolizante e tinha por objetivo ouvir a experiência "real" do uso da testosterona. Acredito que a crítica muito severa à *broscience* estava também associada a isso; Jorge queria "filtrar" para mim os mitos e invenções, sejam médicos ou da internet. Porém, é preciso dizer, o que pareceu absurdo para Jorge (CH) não soou tão estranho para outros, mesmo para pessoas, como o próprio Rubens (CG), que têm formação acadêmica nas Ciências Biológicas. Talvez a fala de Claudio (CH) seja mais emblemática, uma vez que ele também é farmacêutico e fisiculturista, estando, por assim dizer, "dos dois lados": "*Faz um sentido, porque a gente que faz uso muito tempo, nossos receptores já estão saturados. Quem não está, faz um ciclo...os receptores estão ávidos por aquilo que vem, então vai ter um resultado muito melhor, entendeu? Eu acredito que...proceda isso.*" Samuel (CH), muito mais leigo, seja do ponto de vista da formação acadêmica quanto no amadorismo do uso mais recente de anabolizantes, também não se espanta com a ideia dos três ciclos.

> *Quanto eu tomei a primeira vez falaram...eu queria ter tomado antes, mas surge aquela, "ah não, você vai jogar teu ciclo fora"...não sei, vou jogar meu ciclo fora? O que isso quer dizer?* [...] *Eu não sei! Até hoje eu não entendo porquê, mas falavam que, "ah não, teu corpo ainda não está preparado. Tu vai jogar teu ciclo fora. Tu não tá com o corpo maneiro ainda pra tomar. Você ainda não chegou no teu auge, no teu auge puro. Quando chegar ao teu auge puro, tu toma.* [...] *Não sei. Falam que...já ouvi falar, "os primeiros ciclos você ganha mais", "ah, não, o primeiro ciclo você ganha mais e depois você não ganha". Cada um fala uma coisa, né? Eu não sei...é...vai mudando de pessoa para pessoa."*

A partir dessa fala dos amigos, Samuel compreende que, sim, os primeiros ciclos são os mais importantes e com maior capacidade de ganho. Mais importante nesse trecho é a sinceridade com que Samuel demonstra não ter um conhecimento super elaborado e tecnicista

do uso hormônio como outros: mesmo sem entender as razões, ele simplesmente acata o que os colegas que usam dizem, e espera seu corpo chegar ao auge "puro" para tomar a testosterona, pela qual ele já tinha decidido antes de atingir esse patamar. Samuel (CH) representa muito claramente um grupo de meus entrevistados que tem como fonte prioritária de informações uma rede informal, de amigos que já tomam. Esse grupo, assim como aqueles que demonstram enorme confiança na clínica, não parece muito preocupado em compreender o funcionamento do organismo e a bioquímica do hormônio. Eles se satisfazem em seguir as recomendações de pessoas com maior experiência, e não buscam um acúmulo de informações significativo sobre a testosterona. Mesmo quando, por exemplo, procuram o consultório médico, os motivos de fazê-lo não são claros, sendo mais por que os amigos disseram ser necessários do que por um discurso organizado da necessidade do acompanhamento profissional.

> *– Você continua indo no médico que solicitou aqueles exames?*
> *– Não, foi só na época...foi antes de tomar mesmo.*
> *– E tomando de novo, você voltaria a ir?*
> *– Voltaria! Fazer exame para ver como é que tá.*
> *– Você acha que necessário esse acompanhamento?*
> *– Não...*
> *– Mas...*
> *– Mas...só por desencargo de consciência*. (Samuel, CH)

João Pedro (CG), que em momento algum procura acompanhamento médico, passa por todo o processo decisório e de busca pela testosterona a partir do diálogo com amigos. Preocupado com uma baixa no desejo sexual, procura um urologista, onde faz uma bateria de exames, medindo inclusive diferentes hormônios. A partir disso, aproveita esses resultados para tirar dúvidas com colegas sobre manter ou interromper o uso da testosterona. E, mesmo quando pensa em retornar a um médico para fazer novos exames, agora sim em decorrência da hormonização, João Pedro (CG) novamente prefere recorrer a uma rede de amigos.

> *Até o Betão falou: "Ah, João...eu tomo assim, na hora do café, depois que eu tomo café."* [...] *E eu perguntei até à menina* [da loja onde compra o hormônio]*, falei, "eu posso continuar tomando? Eu tenho que parar um tempo?", ela, "não, pode tomar direto, sem problema!" Mas eu até tô pensando agora em consultar um médico, pra saber se pode continuar tomando, se para.* [Você tem alguma ideia de qual médico procurar? Que especialidade?] *É, eu ia no clínico, né, pra ver. Eu tenho...tenho alguns alunos médicos, né. Tem urologista, tem ginecologista. Eu até posso perguntar a um deles o que eles acham. Que aí no caso eles vão indicar, ou se eles estiverem a par do assunto, eles vão...eles mesmos já podem me dar um laudo.*

Sérgio (CH), que toma testosterona por conta própria desde os 14 anos, também não vê necessidade de procurar ajuda médica, e confirma todas as informações às quais tem acesso, seja através da mídia em geral ou nos fóruns de internet, com seus colegas de

academia, acreditando ou renegando tais informações a partir das opiniões de sua rede de contatos. Quando lhe perguntei sobre os riscos, e como soube deles, me respondeu:

> *Não, procurei sim, pela internet, como seria...o que poderia acontecer, tem os prós e os contras, né, o que poderia acontecer, e resolvi...é...arriscar. Essas pessoas, todas elas* [os colegas] *nenhuma delas me disse que passou mal, que teve alguma coisa que fez mal a elas, e todas elas...nenhuma delas que eu conheci morreu ou teve algum problema por anabolizante.*

Essa percepção "empírica" foi mais impactante na decisão de Samuel (CH) do que todos os discursos contrários aos quais teve acesso por outras fontes. Vale ressaltar que em todos os casos (à exceção de Ivan, TH, o homem mais velho que entrevistei), a troca de informações com outros usuários teve grande importância. Em alguns casos, servia como incentivo, em outros, como acesso ao hormônio; ora como um espelho, um exemplo a ser seguido, ora como um contraexemplo, como o que deve ser evitado, ou ainda como "prova real" das outras fontes. Parece que, como Howard Becker (2008) fala acerca da carreira do usuário de maconha, o uso de testosterona é algo que se aprende a fazer em grupo. Voltarei a esse ponto mais à frente, mas aqui cabe destacar como diferentes e até antagônicos discursos são simultaneamente acionados para justificar e entender o recurso ao hormônio.

Uma relação muito interessante emerge da análise da maneira como uma parte significativa de meus entrevistados demonstra um conhecimento em termos técnicos da testosterona e seus usos, ao mesmo tempo em que rechaça os discursos oficiais. É comum o relato de um "preconceito" das ciências médicas com a utilização de esteroides androgênicos, cujos riscos seriam supervalorizados e estereotipados, baseados num estigma. Em resposta, esses homens se dedicam a intensas pesquisas sobre efeitos e riscos das substâncias que vai desde o acompanhamento de fóruns da internet e publicações especializadas até a busca por pós-graduações em áreas afins. Assim, se tornam superespecialistas, produzindo conhecimentos paralelos e por vezes até mais aprofundados ao da biomedicina. A proibição do uso e do comércio de anabolizantes é considerada mais política que sanitária (vide o "Se a ANVISA proibiu, é bom"), gerando uma inversão hierárquica na qual o espaço ilegítimo da ilegalidade apresenta um rigor científico e uma altíssima competência médica, ao passo que o espaço legítimo do uso legal com acompanhamento médico aparece revestido de mitos e estereótipos.

Para Dumont (1985, p.260), a inversão é uma característica da hierarquia de tipo explícito, como poderíamos classificar a verticalidade na legitimidade do conhecimento biomédico sobre todas as outras racionalidades médicas, que lhe são subordinadas em nossa sociedade. Para fazermos uma analogia, usemos o exemplo do autor: "numa família, a mãe é

vista como a figura dominante mas, em princípio, ela está subordinada a seu marido A inversão está inscrita na estrutura; logo que a segunda função é definida, ela implica a inversão para as situações que lhe pertencem". Ou seja, como o espaço público é valorado como hierarquicamente superior ao espaço privado, o fato de que a mulher é dominante na esfera inferior (o homem é muito pouco hábil em questões domésticas numa configuração mais tradicional de família, sendo de fato dependente da mulher) constitui uma inversão hierárquica. Sugiro que o mesmo acontece com os superespecialistas da testosterona. O conhecimento formal da medicina é considerado mais correto, baseado em evidências científicas e mais eficaz quando aplicado; é, portanto, hierarquicamente superior ao conhecimento leigo, que é visto como circunstancial, repleto de crendices e suposições que não se sustentam cientificamente e causador de agravos à saúde. O discurso médico é, pois, verdadeiro e confiável; o popular, equivocado e místico. Porém, no uso da testosterona, o domínio leigo é o que aparece descrito como mais eficaz e que melhor retrata a realidade, enquanto o médico desponta, nesse espaço, como alguém preconceituoso, que, portanto, (re)produz um discurso sobre o uso falso, irreal e supersticioso – em última instância, não confiável, invertendo a legitimidade do discurso sobre o hormônio.

Outra questão que fica latente na busca desses homens é a ideia de que tem algo de perigoso na testosterona. Pode não ser todo o terror descrito na mídia e na literatura médica, mas a hormonização não pode ser feita de forma leviana. Acredito que isso tenha relação com a ideia de um império hormonal que Fabíola Rohden (2008) descreve.

> A ideia de que os hormônios determinam tudo, até mesmo nossa inteligência e nosso comportamento [...] parece ganhar cada vez mais adeptos. Fala-se também em inteligência hormonal. Assistimos ao império de um 'corpo hormonal' que parece sobrepor-se a qualquer outra concepção biomédica corrente, pelo menos se considerarmos o sucesso de sua aceitação entre um público cada vez mais amplo (ROHDEN, 2008, p.134).

A amplitude de efeitos que nossa sociedade atribui à ação dessas moléculas, que se tornam responsáveis desde características claramente orgânicas, como o número de glóbulos vermelhos no sangue; passando por comportamentos, como ser mais agitado ou mais calmo; e chegando a definir até sentimentos complexos, como amor, desejo sexual ou um suposto instinto materno, parece forçar nas pessoas uma reticência a terapias hormonais. É a esse "medo" ou "receio", para usar os termos de Otávio (CG), que me referia quando falei sobre um atributo perigoso da testosterona. Na busca por ela, portanto, os homens devem ter sempre em mente essa outra face, o que não deixa de conferir um quê de fascinante e atraente ao uso.

Por fim, é preciso dizer que o pesquisador também funciona como uma fonte de informações. Como discuti na introdução, em várias ocasiões, meus interlocutores

aproveitavam a entrevista para me fazer várias perguntas, tirar dúvidas pontuais sobre o hormônio, ou mesmo ouvir minha opinião sobre percepções mais amplas da testosterona. Nas primeiras vezes em que isso ocorreu, julguei que era decorrente deles saberem que sou farmacêutico, o que me colocaria num lugar de "suposto saber" acerca de funcionamentos orgânicos. Porém, mesmo nas entrevistas em que fui capaz de "esconder" minha formação, continuava sendo requerido para sanar seus questionamentos.

Essas situações me eram muito incômodas. Em alguns casos, tinha a desagradável sensação de que estava sob avaliação; eles me faziam perguntas sobre as quais já tinham uma opinião formada e muito firme, de forma a ver se eu sabia a resposta ou concordava com suas posições. Isso aconteceu mais de uma vez com homens trans. Em outros casos, meu incômodo vinha do fato deles projetarem em mim a figura do "professor", como se eu dominasse o tema sob todos seus possíveis aspectos, e de forma mais "verdadeira" do que eles. Nas entrevistas com outros farmacêuticos, era inevitável um sentimento, que admito ter sido recíproco, de uma certa cumplicidade corporativista. Nas conversas com aqueles que eram pós-graduados, fui demandado a discutir hipóteses e perspectivas teóricas. A entrevista na qual meu lugar como uma fonte disponível de informação foi mais pronunciado foi na conversa com Ivan (TH). Surpreendentemente para mim, Ivan havia lido minha dissertação de mestrado, e passou a me considerar um "especialista em testosterona", inclusive me apresentando sob esse título para uma conhecida que estava presente quando o encontrei para a entrevista. Ainda assim, a conversa com Ivan foi um dos momentos mais agradáveis do campo, no qual me senti bastante confortável, apesar de ser literalmente sabatinado em alguns momentos, a ponto de ele falar: "*eu estou fazendo mais pergunta a você do que você a mim! (Risos)* [Sim, mas tudo bem!] *É porque são questões que ninguém responde!*" Acho que Ivan foi preciso nesse ponto; essa profusão de opiniões divergentes sobre a testosterona, e o silêncio ou condenação do discurso médico mais hegemônico frequentemente gera uma confusão entre as pessoas e, mal ou bem, eu me apresento como um pesquisador de uma Universidade pública, com todo o *status* e o conhecimento pressuposto que esse lugar traz no imaginário das pessoas.

O que pretendi discutir nesse capítulo é que, seja qual(is) for(em) a(s) fonte(s) consultada(s), esses homens irão encontrar um corpo heterogêneo de informações sobre a testosterona, que irão sintetizar da maneira que lhes for mais confortável. Alguns conteúdos serão descartados, outros seguidos à risca, mas, em grande parte, opiniões diversas serão fundidas num amálgama que irá compor o que a testosterona parece para cada um deles individualmente. Pensando sobre a formação e a divulgação dos fatos científicos, Ludwick

Fleck (2010, p. 157) propõe uma ideia de círculos interligados do conhecimento, entre os quais uma proposição se difunde. Assim, "em torno de qualquer formação do pensamento, seja um dogma religioso, uma ideia científica ou um pensamento artístico, forma-se um pequeno círculo esotérico e um círculo exotérico maior" que irão se sobrepor, formando

> uma hierarquia gradual de iniciação e muitos fios que ligam tanto cada um dos níveis quanto os diversos círculos. O círculo exotérico não possui uma relação imediata com aquela formação do pensamento, mas apenas através da intermediação do círculo esotérico. A formação da maioria dos participantes [...] reside, portanto, na confiança nos iniciados. Mas até esses iniciados não são, de maneira alguma, independentes: dependem mais ou menos, de maneira consciente ou inconsciente, da "opinião pública", isto é, da opinião do círculo exotérico (FLECK, 2010, p. 157).

Porém, Fleck ressalta que apenas esses dois círculos não dão conta de descrever a diversidade de atores, nem seus papéis no fluxo de ideias necessário para o estabelecimento de um fato científico. Ao tentar definir quem ocupa cada círculo, o autor percebe que

> o pesquisador altamente qualificado que trabalha de forma criativa num problema (em pesquisas sobre rádio, por exemplo), ocupa, enquanto "profissional especializado", o centro do círculo esotérico desse problema. Fazem parte desse círculo ainda os pesquisadores que trabalham com problemas afins, na qualidade de "profissionais gerais" – tais como físicos, por exemplo. No círculo exotérico, encontram-se os "leigos mais ou menos instruídos" [...] A riqueza da área, no entanto, faz com que, mesmo no interior do círculo esotérico dos profissionais, o setor dos profissionais especializados tenha que ser separado daquele dos profissionais gerais (FLECK, 2010, p. 165)

Ou seja, é possível diferenciar algumas subdivisões ou níveis internos nos círculos que relacionam diferentes formas do pensamento científico: a ciência popular, a ciência dos manuais e a ciência de periódicos[230]. A ciência dos periódicos é responsável pelas proposições mais brutas do pensamento científico; são afirmações provisórias e pessoais, pois poderão ser questionadas a qualquer momento, e possivelmente se contradizem com outras produções simultâneas. É por isso que meus interlocutores são capazes de citar artigos científicos para defender ideias antagônicas. Por outro lado, a ciência dos manuais e a ciência popular trazem afirmações mais consensuais entre a comunidade acadêmica. A ciência popular seria, na perspectiva de Fleck, um certo senso comum científico, que influencia a percepção e a formulação dos problemas entre os especialistas, mesmo que não de maneira formal. Seria então uma "ciência para não especialistas, ou seja, para círculos amplos de leigos adultos com formação geral. Por isso, não deve ser vista como introdutória, sendo que, normalmente, não é

[230] Fleck se refere ainda a uma quarta forma, que seria a ciência dos livros didáticos. Essa última não é descrita pelo autor, que a considera menos importante para seus objetivos. Seria possível supor que o conhecimento acerca do funcionamento do corpo sobreponha a ciência dos manuais e a dos livros didáticos, haja visto que aprende-se as noções básicas através desses manuais. Entretanto, como Fleck não define o que seriam esses livros didáticos, fica a dúvida se esses seriam de fato os manuais das ciências da saúde e exatas utilizados no Ensino Superior ou os livros do Ensino Médio, especialmente na realidade brasileira, onde chama-se de "didáticos" prioritariamente os livros usados nas escolas.

um livro popular, mas um livro didático que cuida da introdução" aos pressupostos iniciais daquela área (FLECK, 2010, p.166). Compõem essa ciência popular sobre os usos da testosterona as formulações divulgadas pela *broscience* tanto quanto a conduta terapêutica do clínico que se recusa a dar testosterona para um homem trans.

É preciso ressaltar, porém, que as descrições dos fatos por essa ciência popular são marcadas pela ausência de detalhes e polêmicas, levando a uma "simplificação artificial" característica do círculo exotérico do conhecimento.

> Seja qual for a maneira de descrever um determinado caso, a descrição sempre acaba sendo uma simplificação, permeada por elementos apodíticos e ilustrativos: *através de cada comunicação, até mesmo de cada denominação, um saber se torna mais exotérico e popular.* Caso contrário, teríamos que acrescentar a cada palavra uma nota de rodapé com restrições e explicações, e, a rigor, a cada palavra dessas notas uma segunda pirâmide de palavras, da qual ela é a ponta e assim por diante, da qual surgiria uma formação que só poderia ser representada num espaço de muitas dimensões. (FLECK, 2010, p. 168, grifos no original).

Quantos mais elementos forem evidentes e ilustrativos, maior terá sido a capacidade de um dado círculo esotérico em difundir seus fatos para o círculo exotérico. Quando meus interlocutores se referem ao discurso fatalista da biomedicina sobre o anabolizante, ou quando a mídia corrobora e divulga esse posicionamento, percebemos a intensidade com que a ciência biomédica consegue divulgar seus pressupostos. Entretanto, não podemos pensar apenas no tráfego dos especialistas para os leigos, e por isso considero interessante a noção de níveis internos. Entre diferentes ciências e diferentes especialistas também haverá um fluxo dos fatos científicos, e, assim como entre os círculos, nessa transferência "interna", haverá certa simplificação dos enunciados. Vejamos o exemplo de Fleck (2010, p. 170-1):

> toda a teoria dos lipoides da reação de Wassermann baseia-se no conceito químico popular dos corpos lipoides, que, de maneira alguma, são idênticos ao conceito químico especializado. Assim surgiu o espetáculo curioso segundo o qual a sorologia de hoje concebe como lipoide algo diferente da química.

A sensação é que, a cada nova passagem de uma ciência especializada para outra (ou de um nível para outro), são eliminados ou minimizados todos os elementos que teriam o potencial de perturbar seus próprios sistemas, e mantém ou destacam aquilo que favorece suas explicações[231]. E esse processo não se dá apenas no tráfego entre diferentes ciências, mas também entre as pessoas que produzem e divulgam um fato científico.

> Os pensamentos circulam de indivíduo a indivíduo, sempre com alguma modificação, pois outros indivíduos fazem outras associações. A rigor, o receptor nunca entende o pensamento da maneira como o emissor quer que seja entendido. Após uma série dessas peregrinações, não sobra praticamente nada do conteúdo original. De quem é o pensamento que continua circulando? Nada mais é do que um

[231] Marcando nova aproximação entre suas teorias, vemos essa mesma reflexão a partir da ideia de assimilação das anomalias pela ciência normal conforme descrito em Kuhn (1998).

> pensamento coletivo, um pensamento que não pertence a nenhum indivíduo. Não importa se os conhecimentos são verdadeiros ou errôneos do ponto de vista individual, se parecem ser entendidos corretamente ou não – peregrinam no interior da comunidade, são lapidados, modificados, reforçados ou suavizados, influenciam outros conhecimentos, conceituações, opiniões e hábitos de pensar (FLECK, 2010, p.85-6).

Não se trata, portanto, de decidir quem "sabe mais" sobre o uso da testosterona, quem "fala besteira" ou qual fonte de informações está correta. Pelo contrário, é preciso compreender o que Fleck chama de uma "tradução imperfeita" que se dá nesse tráfego de um pensamento entre diferentes níveis. Diferentes receptores irão interpretar diferentes mensagens de maneiras próprias, e irão adaptá-las ao vocabulário que têm disponível para dar-lhes alguma inteligibilidade. Em termos fleckianos, irão traduzi-las de acordo com o estilo de pensamento do coletivo de pensamento do qual fazem parte. Faz mais sentido, portanto, resgatarmos a noção de coprodução de Jasanoff (2006): o conhecimento atual sobre os efeitos da testosterona é construído simultaneamente nos fóruns da internet, nas academias de ginástica, no consultório médico, nos espaços de militância trans, na literatura acadêmica e na experiência vivida (e compartilhada) de cada um de seus usuários. Dessa forma, não é de se espantar que existam vários caminhos para que um homem encontre a testosterona, nem que a mesma se apresente sob diferentes faces. Tudo irá depender da interpretação que os homens fazem dos sinais que encontram nessa busca.

7 **O ENCONTRO**

Por diferentes caminhos, os homens finalmente se encontram com a testosterona. Esse encontro é cheio de expectativas, das quais muitas serão cumpridas, mas parece sempre ficar uma sensação de que é preciso mais. Um encontro apenas definitivamente não é suficiente. É comum que eles imaginem uma certa mágica que a testosterona iria operar, como se bastasse uma vez para atingir a forma física buscada. Na prática, demora um pouco mais, apesar dos primeiros efeitos serem percebidos com relativa rapidez (alguns já na primeira semana de uso). Entretanto, não é comum que haja uma frustração, muito pelo contrário. Essa percepção dos efeitos iniciais parece incentivar o uso, por mais que, em alguns casos, tenha servido também como uma comprovação de que aquele corpo que se imaginava com a testosterona era, na verdade, inatingível, ou, no mínimo, só seria possível a muito longo prazo, e com um uso mais continuado.

Ainda antes disso, vale destacar que o momento do uso em si também tem sua importância. Para alguns, é uma inconveniência; outros reclamam do valor e, para outros, é algo sem muita relevância. Uns veem nesse primeiro encontro a realização de um sonho, ao passo que, para outros, o momento de contato com o hormônio é um verdadeiro ritual. Porém, com raras exceções, todos pretendem manter o uso, compreendendo que os efeitos são muito positivos, ainda que abaixo da expectativa em alguns casos. É preciso ressaltar que, mesmo não atingindo aquele corpo imaginado, é inegável que ocorra uma mudança muito radical, e ao menos uma aproximação do ideal de corpo.

A verdade é que, por mais que busquem informações de diferentes fontes, e vejam os resultados nos corpos de outros homens, a testosterona parece sempre trazer algo de inusitado e imprevisível. Em todos os relatos, pelo menos um efeito me foi descrito com surpresa. Por outro lado, dificilmente algum efeito é entendido como negativo; na maioria dos casos, a resposta à pergunta sobre efeitos adversos ou desagradáveis era: nenhum! Ao longo da entrevista, porém, surgiam um ou outro efeito considerado ruim, mas chama atenção que, perguntados diretamente, a resposta tendesse à negativa.

Para além dessa discrepância entre o corpo desejado e o corpo obtido (de toda forma, considerado invariavelmente “melhor” do que o corpo antes do encontro com o hormônio), alguma diferença na maneira como esses homens são tratados pelos outros irá decorrer do uso. Essas descrições tendem a ser feitas com o orgulho de quem conquistou um objetivo com suor, resgatando a narrativa do herói. Inclusive, o corpo modelado pela testosterona parece

trazer à tona uma série de estereótipos comuns da masculinidade, assim como os efeitos reproduzem certos atributos considerados característicos dos homens numa lógica binária.

Associado a essas visões arquetípicas de masculinidade, havia uma forte ressalva da importância de uma série de mudanças de hábitos e estilos de vida associadas ao uso, de forma a potencializar os ganhos (melhor seria dizer, necessárias para alavancar os efeitos, ou maximizá-los). Veremos ao longo desse capítulo como essas mudanças também estão associadas a certas características consideradas típicas e naturais no homem ocidental moderno. Aliás, independentemente de qualquer marcador social de diferença, a construção do corpo via testosterona parece inevitavelmente articular atributos do ideal de masculinidade hegemônico em nossa sociedade.

Assim, o que discuto nesse capítulo é a descrição do momento de maior fascínio que a testosterona exerce sobre esses homens. Depois de uma árdua busca, o encontro é celebrado com satisfação; olhando em retrospecto, ficam só boas impressões. Apesar de ser um encontro às cegas, momentos ruins parecem ausentes nas boas memórias que a testosterona evoca neles. Mesmo que a relação não seja duradoura, e eles porventura se separem, é com um sorriso no rosto que esses homens se lembram desse período de suas vidas. Para muitos deles, inclusive, esse é o momento inicial de uma relação estável e duradoura, da qual não pretendem se desfazer. Mas esse já é assunto do nosso próximo capítulo. A partir daqui, vejamos as benesses (e as poucas e pontuais tristezas) do tão esperado encontro com a testosterona.

7.1 **Modos de uso e formas farmacêuticas**

Considerando a multiplicidade de substâncias e mesmo de objetivos no uso da testosterona, a forma como cada um toma o hormônio é também muito variável. Em diferentes momentos da vida, esses homens optarão por um modo de uso considerado mais adequado, que poderá se repetir ou se alterar de acordo com a escolha por uma nova substância, ou visando outros ganhos, de forma que ouvi mais de trinta formas distintas de usar a testosterona. O uso também muda em função da forma farmacêutica: sendo injetável, oral ou transdérmica, obviamente, implicarão formas distintas de uso. Além disso, uma mesma substância, na mesma apresentação, poderá ser usada diferentemente por cada pessoa, ou ainda, devido a qualquer complicação pontual, uma mesma pessoa poderá lançar mão de

mais de um método. Nos casos em que passa a ter acompanhamento médico já posterior a um primeiro uso, teremos nova possibilidade de mudança. A partir da prescrição médica, é possível que haja um ajuste do que vinha sendo feito até então por conta própria (ou vice-versa). Vale ressaltar que, entre meus interlocutores, todos que passaram a frequentar o consultório médico seguiram à risca a orientação profissional, não havendo aparentemente uma negociação entre saberes sobre o modo de uso do hormônio. Entretanto, acredito que seja razoável supor que essa possibilidade exista.

Na tentativa de cobrir a maior parte dessas possibilidades, ou ao menos as que mais se repetem, usarei a história de Fernando (CG) como um caso paradigmático, a partir da qual fica mais fácil agrupar as experiências dos outros entrevistados. Fernando, como já mencionei rapidamente antes, faz três usos muito distintos de testosterona, marcando grandes passagens em sua vida. Na primeira vez, aos 29 anos, ele opta por um uso por conta própria, a partir do contato com amigos, totalmente alheio a qualquer forma de acompanhamento médico. Como era um período anterior ao controle da venda de testosterona, Fernando conseguia comprar tranquilamente na farmácia sem receita médica, evitando o mercado paralelo (nessa época, ainda bastante incipiente). Nesse primeiro momento, o objetivo do uso é exclusivamente uma melhor performance na academia e, consequentemente, um corpo mais musculoso.

> *Na verdade, eu tinha 29 anos* [...] *malhar, malhar mesmo, eu comecei com 28. Mas aí a gente já tá ali, no finalzinho da nossa potência, né, digamos assim, normal, entre aspas. Então, assim...é...o benefício, até uma certa...disposição maior, ela apareceu, e ajudou, inclusive a poder me fixar um pouco mais na academia, curtir, etc. e tal. Os resultados aparecem, né, de uma maneira melhor. Isso foi a primeira vez. Digamos, eu usei algo bem espaçado, assim, sei lá, duas injeções por ano. Coisa bem pouca.*

Uma constante nas histórias de quem fez um uso inicial semelhante e, mais tarde, migrou para um uso mais médico, é essa descrição do uso autônomo como uma "coisa bem pouca", algo pontual e rápido, quase sem importância. É o que podemos ver nos relatos de Evandro (CG), de João Pedro (CG), de Claudio (CH) e de Sílvio (CG). Analogamente, os efeitos nesse uso também são minimizados, apresentados como agindo mais no campo do comportamento do que propriamente para a modificação corporal desejada.

Seguindo a história, depois desse primeiro encontro, passam-se alguns anos até que Fernando (CG) resolva novamente procurar o hormônio. Desta vez, julga ser necessário algum acompanhamento médico, que faz informalmente com um amigo psiquiatra. Vale lembrar também que, nesse segundo momento (em 2004), a legislação havia mudado, e as farmácias começavam a exigir a receita médica. Não depender do mercado paralelo é mais um motivo para que Fernando (CG) procure um profissional.

> *Em 2004, aí sim eu fui pra algo* [...] *entre aspas, mais agressivo, mas com acompanhamento médico* [...] *onde me foi passado a pirâmide. A pirâmide, você começa, você toma duas por semana e vai até três por semana, um pico, depois você começa a descer. Eu acho que esse foi o ponto grande de virada pra mim.* [...] *por que eu tô te dizendo virada? Porque, pra mim, aquele momento, aonde eu literalmente acabei...é...encorpando um pouco mais...porque era muito franzino, etc. e tal...onde acabei encorpando* [...] *tendo um corpo mais forte...é...obviamente, isso transformou...o meu subjetivo também. E quando digo, quando eu estou falando de subjetivo, eu estou falando inclusive de questões de gênero.*

Nesse trecho, percebemos que desaparece a ideia de que era "uma coisinha à toa"; o anabolizante agora marca um "momento de virada" em sua vida. Para além da transformação subjetiva, para a qual dá grande importância (retomarei em maiores detalhes mais abaixo), os efeitos corporais são apresentados como muito mais relevantes do que no primeiro encontro. É dessa vez que Fernando (CG) irá realizar alguns exames laboratoriais, ausentes no primeiro uso, e que irão constituir uma preocupação constante a partir daqui.

Antes de avançarmos para o terceiro e atual uso de Fernando (CG), vale ressaltar que uma prática comum no uso de testosterona, especialmente por conta própria ou com um acompanhamento médico mais frouxo, é organizar o ciclo em "pirâmides", ou seja, iniciando com doses pequenas, aumentando progressivamente até atingir um platô, e depois reduzindo também aos poucos. As vantagens apresentadas nesse método são justamente evitar a queda abrupta nos índices de testosterona após o final do ciclo. Porém, explicitando a multiplicidade que citei, nem todas as "pirâmides" que me foram descritas eram exatamente iguais, tendo pequenas alterações entre si. Para Samuel (CH), por exemplo, a pirâmide foi passada como "*toma uma* [ampola por semana]*, duas, um dois três, um dois três, dois, um*", porém, como acabou optando por outro esquema de uso, Samuel não soube explicar muito mais detalhado do que isso. Já Sílvio (CG), que de fato fez a pirâmide, descreve de forma mais clara:

> *era uma pirâmide que a gente fazia, então começava com poucas doses...acho que 1ml* [por] *uma semana. Aí depois, na semana seguinte, 2ml, mas duas vezes por semana no caso. Aí, já na terceira semana,* [eram 3ml. No total,] *era um, dois, três* [ml]*, aí depois, três de novo, dois e um* [ml].

Outros esquemas de ciclo me foram relatados. Rubens (CG), por exemplo, que se apoia em sua formação como farmacêutico para decidir por conta própria como tomar, organiza um esquema único de dosagem.

> *Fiz um ciclo de seis semanas. Eu fui da concentração mais alta para a menor, porque fui contra o que está escrito na internet, que é do menor para o maior, mas eu sou contra isso porque eu acho...se você vai causar um estímulo grande no seu corpo, você tem que levar ele à normalidade depois, e não sair da anormalidade e voltar para a normalidade. Acho mais difícil*. [...] *Eu fiz 60/60, 40/40, 20/20* [mg de oxandrolona, completando 6 semanas].

Entre os fisiculturistas, o esquema de pirâmide não é utilizado, uma vez que fazem um uso crônico do hormônio. O mesmo pode ser dito entre os trans, que tendem a ter os usos mais estáveis e menos díspares entre si da testosterona, alternando entre três possibilidades. Os ciclos são feitos inicialmente de 15 em 15 dias, visando um aumento rápido nos índices de testosterona. Uma vez que tais índices já tenham sido elevados a níveis considerados masculinos (entre 700 e 900 ng/dL), a tendência é espaçar para intervalos de 21 em 21 dias. O terceiro uso comum entre homens trans é trimestral (uma injeção a cada 3 meses). Esse, porém, só é possível com o uso do Nebido (undecanoato de testosterona), uma medicação considerada mais eficaz (e mais segura) por manter estáveis os níveis de testosterona ao longo desses três meses, evitando os picos supra fisiológicos causados pelos outros medicamentos (Deposteron ou Durateston). Porém, o Nebido é muito mais caro, e não é disponibilizada pelo SUS (apenas em São Paulo é possível adquirir Nebido via SUS), o que acaba inviabilizando o uso para a maioria dos homens trans, que ficam, portanto, no esquema anterior de 21 em 21 dias.

O Nebido passou a ser a testosterona utilizada por Fernando (CG) no seu terceiro uso, retomado em 2013, aos 41 anos: "*eu voltei a usar agora faz três anos, mas...mais por uma questão...é...de saúde. De reposição hormonal*". Como fica claro por esse trecho, esse uso é bem mais medicalizado, já associado ao diagnóstico de DAEM e totalmente coberto por um agora atento olhar médico, que esmiúça e esquadrinha o corpo até encontrar algo disfuncional.

> *Aí ela fez uma bateria de exames que um clínico não faz* [...] *porque eu tenho uma clínica que eu vou de 6 em 6 meses, ela até pede testosterona. E lá na análise dela, a testosterona estava ok, só que quando eu fui numa endócrino, ela pediu...inúmeros, uma bateria muito mais específica, né? E nessa bateria específica, por exemplo, a minha progesterona tava alterada, e* [...] *a prolactina, ela tava três vezes acima de uma mulher normal. É, então assim, a gente precisou entrar com o tratamento. Então, o que que eu poderia dizer de lá e agora? Agora, na verdade é um tratamento, eu sinto mais disposição e voltei pra vida normal. Então, assim, eu tomo a injeção* [...] *se chama Nebido, cara pra caramba...é...tomo de três em três meses, e é o suficiente e eu tô com uma vida bacana, né? Então, na verdade, é só um suporte por causa de uma questão provavelmente de envelhecimento, e, enfim...lá, não, lá tinha um objetivo especificamente de* [...] *querer exatamente mexer* [...] *com a minha autoestima.*

Agora, pelo contrário, é uma questão de saúde, como Fernando (CG) fez questão de enfatizar várias vezes. É interessante pensar como essa história confirma a observação de Joseph Dumit (2012) de que vivemos um período no qual não existe um corpo plenamente saudável. Procurando, como a endocrinologista fez com Fernando (CG), sempre irá se encontrar algo de disfuncional, de patológico. Assim, esse uso da testosterona deixa de ser focado numa modificação corporal, e é reformulado como uma "reposição hormonal", apesar dos índices de testosterona propriamente dita não estarem abaixo do esperado.

Outro ponto a ser destacado na trajetória de Fernando (CG) é o caminho que o leva até o consultório endocrinológico. Identificando um cansaço, um desânimo, que considerou excessivo, ele conversa com colegas, sem desconfiar, a princípio, de uma deficiência hormonal. "*Aí, uma amiga disse pra gente, uma amiga de 60 e poucos anos* [...] *disse assim, olha, eu acho que vocês deveriam procurar uma endocrinologista, eu tenho uma amiga, pra, pra você dar uma olhada nisso, porque, de repente, é uma alguma coisa neste, neste sentido*". O curioso é que a amiga fez a indicação por interpretar os "sintomas" que Fernando (CG) descrevia como sendo muito parecidos com suas sensações ao entrar na menopausa. Com isso, a associação andropausa-menopausa, que foi tão rechaçada pela comunidade médica em minhas pesquisas anteriores, chegando a ser apontada como um entrave para o estabelecimento do diagnóstico de DAEM (TRAMONTANO, 2012), foi justamente o que levou Fernando (CG) ao consultório médico.

Entretanto, como vimos, Fernando não é o único a fazer um uso mais medicalizado da testosterona. Um grupo de meus interlocutores recorre à medicina ortomolecular, que prescreve diferentes formas farmacêuticas dos compostos de testosterona. Assim, Roberto (CG) usa em gel; Otávio (CG), em cápsulas; e Sílvio (CG), injetável. Entre os anabolizantes mais utilizados por usuários ocasionais de testosterona, alguns dos mais populares (como o Winstrol e o Dianabol) estão disponíveis por via oral. A via tópica foi mais mencionada entre meus interlocutores trans, e parece não ter muita adesão entre os usuários de anabolizantes. Vale ressaltar que a via injetável foi de longe a mais comum na minha amostra. Quando perguntados sobre a comparação com o uso que fazem e outras formas farmacêuticas disponíveis, podemos delinear algumas críticas a cada uma das três vias.

Começando pela via oral, essa é percebida como mais confortável, afinal tomar um "*comprimido é muito mais fácil*" (Samuel, CH) do que tomar injeção. Porém, é considerada menos prática, haja visto que leva à necessidade de se tomar um comprimido ou cápsula todo dia, mais de uma vez ao dia, o que favoreceria o esquecimento. Por outro lado, é apresentada como sendo mais discreta, uma vantagem para quem quer disfarçar o uso. Contudo, é bastante disseminado o conhecimento de que essa via apresenta os maiores efeitos adversos, principalmente um importante dano hepático, o que leva muitos de meus entrevistados a preferir outras opções. "*Cara, eu acho assim, por questões de conforto, definitivamente a via oral é muito mais interessante.*" (Mateus, CH). Sílvio (CG) também concorda que o comprimido seja "*totalmente* [mais cômodo], *só que acho que seria mais tóxico, então...eu preferi não*". Sérgio (CH), que já tomou por via oral e injetável, afirma que, para ele, "*não importa, mas dizem que comprimido...arrebenta mais o fígado. Então, eu prefiro tomar mais*

injetável, faz efeito muito mais rápido, e vai estragar também menos o fígado, né, entre aspas". Claudio (CH) também concorda, e elabora melhor a questão, comparando os custos das duas vias para o organismo.

> *É aquilo, o injetável, o efeito é muito mais rápido, é muito melhor, entendeu, agora, a cápsula você tem o efeito de primeira passagem que vai* [...] *te prejudicar o fígado. O injetável...o problema, se ocorrer, pode ser no rim, entendeu, agora* [...] *tudo que vai pro estômago, vai pro fígado direto, né, a primeira passagem dele* [...] *então vai ser metabolizado no fígado, você pode sobrecarregar o fígado, é complicadíssimo, né? E o rim, o rim a função dele é filtrar, né, então, se você...mesmo que tome, você ingira bastante líquido, você nada mais está fazendo do que ajudando a ele a filtrar.*

Jorge (CH), ainda que concordando com o argumento da toxicidade, destaca uma vantagem da via oral muito específica para fisiculturistas.

> *Na verdade, o encapsulado, ele é mais tóxico, né? Porque...agora eu não saberia te dizer o percentual direito, mas, no encapsulado, eu acho que a gente absorve 8%, se não me engano. Já do injetável, acho que chega a 70%. Então, a dosagem do encapsulado tem que ser muito maior, e isso é mais tóxico pra gente. Apesar que o encapsulado tem suas vantagens pra galera* [...] *que vai pra Brasileiro, vai pra competições que tem o anti-*doping*, né?* [...] *O encapsulado sai mais rápido da corrente sanguínea.*

Por fim, para Renato (TG), a via oral não seria bem recebida porque, apesar de ser a princípio mais prática, o uso diário de um comprimido lhe traz uma associação simbólica muito desagradável.

> *Claro, talvez seja prática essa coisa de comprimido, mas como alguém que já tomou pílula anticoncepcional, também acho mais prático injetar.* [É, o comprimido provavelmente seria diário...] *É, acho chato. Fora a associação simbólica com a coisa da pílula que eu prefiro, né, não fazer.*

Se a via oral fica nessa encruzilhada entre a comodidade e a toxicidade, dividindo opiniões, a via tópica (transdérmica) será mais frequentemente rechaçada. Se na via oral já há uma grande perda devido ao efeito de primeira passagem pelo fígado, na via tópica, a perda não seria ainda maior? "*Eu acho que sim. Eu acho que você perderia mais*" (Sílvio, CG). Além disso, volta o problema do número de vezes que é preciso aplicar a substância, como nos conta Augusto (TH): "*tinha dias que eu esquecia de passar, por que tem que passar todo dia.* [O que é pior, ter que passar todo dia ou ter que tomar injeção?] *Ah, ter que passar todo dia! Eu prefiro tomar injeção.*" Outros problemas aparecem associados ao uso transdérmico, principalmente relacionados ao custo e à qualidade, uma vez que é frequente que o uso em gel seja manipulado e não industrializado. Augusto continua seu argumento contrário ao uso tópico, que é incomum no seu círculo social.

> *Porque* [o médico] *disse que manipulado talvez não...poderia ser mal feito, ou a porcentagem poderia ser inferior. Ele falou que era pra eu comprar aquele que vendia na farmácia.* [Você sabe dizer se tem muita gente usando o manipulado?] *Não. Ó, quem usa manipulado é mais quem usa gel...Androgel. Mas aí eu também*

> *não sei se é pela farmácia comum ou pela manipulação. Eu acredito que seja pela comum mesmo, mas tem uns raros caras que aparecem falando "Ah, mandei fazer", mas quase não tem mesmo, não.*

Flávio (TB) corrobora esse pequeno uso do gel, assim como a diferença no efeito: "*tanto que o pessoal começa a tentar procurar né...ainda hoje eu vejo os meninos, 'ah, mas não tem nem um gelzinho?'* [...] *Eu nunca tomei assim, mas eu sei que tem a possibilidade, mas que também o efeito é diferente, né?*". Ou seja, outra questão para evitar a via tópica envolve a quantidade de testosterona nos géis e cremes (e, consequentemente, a magnitude de seus efeitos), considerada inferior à desejada. É o que argumenta Jorge (CH), para quem o uso tópico seria "*mais na reposição hormonal, né?*" Quando sugeri que então essa não seria a via mais indicada para anabolismo muscular, ele me respondeu:

> *Não. Já vi médico passando, mas não no nosso caso, né, pra atleta. Pra atleta não. Talvez por causa da quantidade, da absorção, não sei. A galera acha mais fácil, né? Muita gente prefere porque é aquilo né...o cara quer tomar, mas não quer que ninguém saiba, então, o gel, ele vai ali e esfrega, beleza! O comprimidinho, ele toma e beleza!*

Seja pelas quantidades realmente inferiores, seja pela absorção realmente menor, o fato é que meus interlocutores desconfiam do uso tópico. "*Eu sentia que não tava tomando quando tava usando o Androgel*", afirma Augusto (TH). Porém, os colegas de Sérgio (CH) parecem não ter a mesma sensação. "*Já, já ouvi falar, conheço testosterona em gel. Passava no braço, se não me engano, o rapaz passava no braço. Tipo assim, eu vi um resultado nele, um resultado legal nele, mas assim, nunca experimentei. Dizem até que é muito caro e muito difícil de arrumar*". Vale lembrar que Sérgio é um dos que faz um uso completamente informal, sem nunca passar por um médico, o que explica a dificuldade de conseguir comprar uma substância que é normalmente manipulada e não industrializada. Ainda assim, quando perguntei se ele experimentaria o gel caso tivesse oportunidade, Sérgio foi reticente. "*Eu acho...olha só...por eu ter experimentado só comprimido e o injetável, o injetável...o efeito é, pra mim, muito maior do que o comprimido, sem dúvida, agora desse gel...é que vai também muito da genética da pessoa*", apesar de não saber explicar melhor o que seria relevante nesse fator genético.

Claudio (CH) é muito mais taxativo em relação ao uso tópico do que qualquer outro entrevistado. Quando lhe perguntei da possibilidade de usar por essa via, respondeu:

> *Pra mulher que seria?* [Risos] *A gente que...a gente que faz uso de intramuscular, o gel é comparar um Fusca com um carrão, entendeu?* [...] *Até virar sistêmico...é muito pouco!* [...] *Não...até vai para uma mulher, que tem testo pequenininha, bota um gel e pode ser que me...pode ser não, vai melhorar! Não é igual a um intramuscular, mas vai melhorar.* [...] *E vai pagar caro no gel, porra!*

A colocação de Claudio (CH), marcada por um tom sexista, parece estar de acordo com a realidade. Na pesquisa de Livi Faro (2016), a principal forma farmacêutica de testosterona receitada para mulheres é de fato a transdérmica, seja através de géis e cremes, ou de *patches*. Ivan (TH), que utiliza testosterona há muito tempo, traz o único relato dessa última forma, mas segue criticando o uso em creme.

> *O que eu usei, vamos lá, o meu médico, na década de setenta, ele botou aqui na minha barriga, duas vezes, subcutâneo, cápsulas,* [...] *que o corpo ia absorvendo à medida da necessidade, o que era perfeito, né, fiz isso duas vezes só, e o resto todo injetável, não, minto, a dois anos atrás, mais ou menos, eu, pela primeira vez, experimentei em creme, manipulado, né, laboratório, mandei fazer, caríssimo, e é um saco ter que passar todo dia, e tem que ser na parte [da manhã] e entre as coxas, né, que realmente deve ser aplicado, mas os garotos não aplicam entre as coxas não, enfim…mas nunca usei nenhuma outra forma. Eu sei que no exterior tem* patch*,* [...] *esse aí eu usaria, porque te furar todo mês é um saco, é…de início, os garotos reclamam muito porque empedra o local, tem que botar bolsa de água quente…eu sempre apliquei na nádega porque é mais confortável, no sentido de que tem mais gordura, e é uma injeção muito oleosa, né, tem que tomar muito devagar, eu mesmo me aplico, porque hoje as farmácias não aplicam mais, então eu tive que aprender a fazer isso. Há anos que eu me aplico, né, já tomei no braço, fiz uma vez na coxa para nunca mais, os garotos, muitos aplicam na coxa, mas é perigoso, porque teve garoto que ficou sem andar por um tempo, se pegar um nervo e tal* [Mas o creme, você não gostou?] *Achei caro, caro e também pouco prático, tem a coisa do calor, eu não passo nem hidratante na minha pele no verão, não aguento, nem filtro solar eu passo, que não aguento o calor!*

Fernando (CG) também cita a possibilidade do uso do *patch* como preferível à via intramuscular, utilizada atualmente por ele.

> *Nossa, eu adoraria que fosse só um adesivo, porque eu odeio agulha de qualquer nível, entendeu? Até, por exemplo, assim, tirar sangue, eu não olho, não consigo olhar.* [...] *E assim, na última vez que eu...fui injetado* [...] *eu quase desmaiei!* [Dói?] *Não, não, não, ela é um pouco incômoda, sim, primeiro porque ela dura um pouco mais ali, você tem que ficar esperando alguns minutos, né, não é uma injeção que se aplica de uma vez* [...] *na primeira vez que eu tomei, eu senti muita* [dor]*, sentar aqui e atender, eu não conseguia dobrar a perna, mudar de posição. Mas isso foi ali na, na primeira aplicação pra segunda, depois isso, eu não sei se eu me habituei, eu ainda sinto, os dois primeiros dias, depois passa. Mas nada de dor insuportável, tá, nada, é uma dor totalmente só...localizada.* [E o fato de ser trimestral, é positivo?] *Totalmente positivo!!!* [Porque não tem que ficar aplicando toda hora?] *Exatamente! Nossa, isso é maravilhoso!* [Risos] *Podia até ser mais extensivo, na minha opinião!*

Apesar dessas ressalvas, comuns a vários relatos, no fim das contas, a maioria, seja cis ou trans, acaba optando pela via injetável mesmo. Não que ela não tenha dificuldades, muito pelo contrário, é frequentemente descrita como inconveniente e dolorida; porém, o efeito é percebido como mais intenso e mais rápido, favorecendo esse uso. Ainda nas palavras de Fernando (CG):

> *porque todas as injetáveis, elas vão direto no músculo, e quando você ingere, na verdade isso vai ser processado pelo fígado, então assim, é um outro mecanismo, né? De entrada. Então, assim, mesmo que talvez fosse...é...de comprimido, teria que ser muito...é...trazer muito mais benefícios que injetável. Porque, mesmo doendo, eu preferiria ficar com injetável porque eu sei que ela tá indo justamente pro local certo, imediatamente cobrindo a função dela.*

Antônio (CH), que alterna entre o uso oral e o injetável, faz coro a Fernando (CG). "*Eu acho que o injetável é mais forte porque já chega diretamente na corrente sanguínea*". Essa ideia de que o medicamento injetável é mais "forte" ou mais potente já foi observada por diferentes autores. Geest e Whyte (2011, p.459), citando a pesquisa de Arthur Kleiman em Taiwan, demonstram que a injeção passa "a mensagem de que você está oferecendo [ao paciente] o melhor tratamento que você possui". Na etnografia de Jaqueline Ferreira (1998, p.54), por exemplo, a autora percebe que "a forma da medicação obedece a uma lógica de eficácia de acordo com o potencial 'agressivo', rapidez de ação e dependência de manipulação técnica da medicação", que levava os moradores de uma vila na periferia de Porto Alegre a preferir o injetável às soluções líquidas, mesmo quando não há necessidade, e apesar da injeção ser dolorida.

Vale destacar que essa noção popular está de acordo com as características farmacológicas dos medicamentos injetáveis, que realmente terão um efeito mais pronunciado e de início mais rápido, especialmente as intravenosas. Ao contrário do que afirma Antônio (CH), contudo, as testosteronas injetáveis são intramusculares, não indo "direto" para a corrente sanguínea, mas, ainda assim, têm uma perda menor, justamente por não sofrer efeito de primeira passagem no fígado. Essa questão demonstra bem o trânsito de fatos científicos entre os círculos especializados e leigos que Fleck (2010) se refere, como vimos no final do capítulo anterior. De toda forma, a ideia do injetável como mais forte parece bastante disseminada, e Mateus (CH) é mais um que concorda que o injetável tenha melhores efeitos, porém, não deixa de destacar a dor dessa via.

> *O injetável me incomodava bastante por ser intramuscular e tal, agulha comprida.* [Dói?] *Principalmente depois, que já tava há um tempo fazendo, que aí começava a dar uns caroço na bunda. Puta, aí cê aplica e fica sentado, parece que você não senta direito, fica dolorido uns dois, três dias no osso...*

Não apenas a questão da dor incomoda na injeção intramuscular, mas a alta incidência de reações locais é outra consequência muito desagradável do uso, como destaca Leandro (TH).

> *Dói muito, muito, muito. Claro que depende de quem aplica, depende do dia...* [E você chegou a ter alguma reação local?] *Tinha sempre! Tive por muito tempo, de vez em quando ainda tenho, fica inchado, dolorido, às vezes dá vertigem depois, você tem que ir pra casa botar gelo. Não é uma aplicação tranquila não. É um troço complicado!*

Ainda sobre a questão das reações locais, Rubens (CG) comenta: "*ah, comprimido é muito melhor! Injetável é oleoso, a gente sabe que dói, fica calombo, fica antiestético, tem uma hora você vai tirar a roupa, principalmente, você fica com aqueles calombos, é*

dolorido". Jorge (CH) concorda, e traz uma nova especificidade do fisiculturismo que se soma ao desconforto da injeção intramuscular. Ao comparar o efeito do injetável com a via oral, ele argumenta:

> *ficar tomando as agulhadas toda semana, chega uma hora que enche o saco!* [Risos]. *Mas assim, de efeito...não, não tem. No caso, seria só mesmo o da própria aplicação. Na região que você aplica, apesar da...o óleo parece que vai acumulando na região, e vai ficando mais endurecida, o músculo, né, tanto que você pega aí atleta que, às vezes, é desclassificado e nem sabe porquê. O cara, na bunda, tem duas bolas, parecem duas bolas de tênis, ou seja, o cara ficou anos e anos aplicando sem parar naquela região e criou um edema ali.*

Roberto (CG), mesmo só tendo usado por testosterona em gel, ressalta a melhora de efeito, mas faz um novo contraponto; quando lhe perguntei se preferia o uso em gel, disse:

> *sim, sim, sim, até porque eu tenho medo de agulha e tal. Tenho o maior medo dessas coisas injetáveis.* [E você acha que teria alguma diferença de efeito significativa?] *Ah, com certeza tem diferença de efeito também! Eu acho que os efeitos são muito mais pronunciados no injetável do que no tópico, né?* [...] *mas eu acho que os efeitos colaterais são maiores também. Não sei se valeria à pena. Mas se eu tenho curiosidade, sim, eu tenho curiosidade de usar injetável.*

O medo de agulha parece ser comum não só entre meus entrevistados. Sérgio (CH), que por vezes "repassa" anabolizantes para os colegas, sendo, portanto, procurado por quem deseja iniciar o uso, relata que essa é uma preocupação comum. "*É, tem gente que não gosta de tomar injeção, já pergunta logo, 'tem isso em comprimido?' Geralmente não, quase nenhum tem comprimido, são poucos que tem comprimido. Porque todo mundo que eu converso usa o injetável*". Por outro lado, alguns de meus entrevistados acabam se acostumando à dor, e, ao contrário de Leandro (TH), que não consegue se acostumar, esses homens tendem a naturalizar o uso, e mesmo desenvolver algum apreço pelo uso. Foi o que aconteceu com Flávio (TB). "*É, no começo isso foi um problema assim. Eu tinha horror a injeção, né? Hoje em dia, eu não sinto mais nada* [...] *mas no começo foi "porra, tenho que ficar tomando essa merda injetável?! Vai ser foda!". Mas aí depois...*". Para Claudio (CH), também ocorre uma certa "naturalização" da dor da injeção intramuscular.

> *A gente acaba aprendendo as coisas. Você aplicar e puxar o êmbolo para ver se você não acertou nenhuma artéria, vaso, nada, é fundamental, entendeu, porque já aconteceram colegas que aplicaram, puxaram, e veio sangue, então você não está aplicando intramuscular, você está aplicando intravenoso, né, então não sei como é que pode ser o efeito disso. Mas, para quem não tem medo de agulha...* [E dói?] *Não. Eu sinto depois, a dor, o dolorido do líquido né, do medicamento. Eu nem sei porquê...pelo o que eu já ouvi falar...essa dor da medicação no músculo é porque não dá tempo do corpo absorver na hora e cristaliza o medicamento no músculo, por isso a dor. Aí até o seu corpo absorver aquilo e eliminar a dor fica ali concentrado, né? E tem medicamentos específicos que causam dor. A dura*[teston], *que é um blend de testo, é dolorido. Em mim, o propionato é dolorido, em outras pessoas não. Em mim é dolorido, ao passo que o Deposteron, que são 2 ml, é uma quantidade muito grande, eu não sinto dor alguma, entendeu?*

Essa resistência ou tolerância à dor parece ser muito valorizada entre usuários de testosterona. Um *slogan* comum nos fóruns e *sites* da internet sobre fisiculturismo, frequentemente impresso em roupas de ginástica, afirma que *No Pain, No Gain*, ou seja, sem dor, não há ganhos. Essa frase, que é também uma popular *hashtag* em perfis de redes sociais de simpatizantes do mundo *fitness*, se refere à dor comum ao exercício físico mais intenso, especialmente na prática da musculação. Há uma crença disseminada que a musculatura só cresce quando a pessoa a sente dolorida nos dias posteriores ao exercício. Essa dor, para além do efeito real nos músculos, indicaria uma resiliência e uma persistência no "treino" que demonstrariam que o desejo de malhar (e crescer) é genuíno. Muitas vezes associada a uma noção de que os ganhos exigem esforço, a (resistência a) dor é celebrada como uma parte essencial da personalidade do "monstro". É curioso comparar esse lugar da dor trazida pelo esforço com a crítica feita aos atletas pegos no *doping* de que o uso do anabolizante seria um caminho fácil para obter os ganhos físicos e as vitórias nas competições, como apresentado por Hoberman (2005). Entre os frequentadores de academias de ginástica, parece ser justamente o contrário: o uso de anabolizantes será feito por aquelas pessoas que compreendem que o corpo "perfeito" vem de um grande esforço, que inclui a dor.

Por outro lado, não podemos deixar de lado que a resistência à dor é uma das características fundantes do ideal moderno de masculinidade. Como afirma Mosse (1996), o homem ocidental deve exibir grande força de vontade, compreendida como uma capacidade de exibir coragem e resiliência frente ao perigo e à dor. "Coragem e dor estavam relacionadas, o que significava encarar o ferimento bravamente" (MOSSE, 1996, p.100, tradução livre[232]). Essa seria uma habilidade essencial para o soldado, um dos maiores arquétipos da masculinidade, mas também para o atleta, e, através da prática esportiva, seria expandida para todos os homens.

> Aguentar a dor sem reclamar era uma prova de masculinidade e demonstrava força de caráter. [...] Saber aturar a dor sem demonstrar incômodo era considerado corajoso, uma preparação não apenas para a masculinidade normativa, mas também, como aconteceu, para servir na guerra. (MOSSE, 1996, p.101, tradução livre[233]).

Assim, ao minimizar a dor sentida na injeção intramuscular, meus informantes estão de alguma forma reafirmando simbolicamente sua própria masculinidade. É interessante pensarmos como uma associação entre a masculinidade e a dor não é exclusiva do homem

[232] No original: "Courage and pain were linked, and this mean facing injury bravely".

[233] No original: To bear pain without complaining was proof of manhood and showed strength of character […] Knowing to cope with pain without showing distress was regarded as courageous, a preparation not only for normative manhood but also, as it turned out, for service in war".

ocidental moderno. Rituais de passagem em diferentes culturas deliberadamente causam dor ao menino que está para se tornar um homem adulto, e a performance esperada em tais rituais é, frequentemente, a capacidade do rapaz em suportar a dor com o mínimo (ou nenhum) sinal de desconforto. Para Renato (TG), a injeção de testosterona de alguma maneira reproduz essa lógica, como vemos no relato a seguir.

> *Acho que tenho preconceito com essas coisas de gel* [...] *Acho que a coisa injetável...não sei, pra mim é mais...eu acho mais fácil, até. A coisa injetável faz ali e tal. Essa coisa de gel pra mim parece que não funciona tão bem. É um preconceito meu. Idiota assim, né? Sei lá, não sei, se botar gel eu não sei, talvez, agora eu vou fazer essa hipótese aqui durante essa entrevista, mas eu acho que talvez é mais divertido pra mim essa coisa de injetar. É um ritual que parece que faz mais sentido, sabe, porque essa coisa de passar gel parece muito fácil, não é tão legal, sabe? Essas coisas de largar "Ah, vou injetar!" É mais legal!*

Apenas Renato usa o termo "ritual", mas é perceptível que a aplicação da testosterona é ritualizada nos discursos de outros informantes. Considerando que outra prática comum é a aplicação junto com outros usuários, torna-se impossível não traçar um paralelo com o ritual de passagem masculino dos Sambia observado por Gilbert Herdt (1994). O que mais chama atenção aos nossos olhos ocidentais nas práticas de iniciação dos meninos Sambia é a ingestão do sêmen dos homens mais velhos, porém, os rituais incluem outros estágios que estão muito mais associados à ideia de resistir à dor. Vale lembrar que esses rituais visam formar guerreiros, e, tal qual Mosse (1996) nos fala acerca da masculinidade ocidental no século XIX, a guerra exige dos homens aguentar a dor sem reclamar. Assim, os jovens Sambia se submetem a rituais que Herdt chamou de "*stretching*", que consistiam em bater nos garotos com varas até que a pele se rompa; ritos "egestivos", nos quais os meninos têm seus narizes violentamente cutucados até sangrar; e ritos "insertivos", onde se esfrega a pele aberta dos iniciados com diferentes plantas e fluidos. O objetivo de todo esse processo é, justamente, transformar os meninos em homens através da dor, que lhes confere força e capacidade de resistir à emasculação causada pelo contato com as mulheres (HERDT, 1994, p.221-240).

7.2 "***É mais força, explosão e libido***"

As relações entre o uso de testosterona e a construção da virilidade não se limitam ao momento de uso do hormônio. Pelo contrário, as imagens acionadas para descrever os efeitos de um encontro bem-sucedido com a testosterona trazem à tona uma série de atributos muito característicos da masculinidade. Para além de se sentir "mais homens", o que dependeria a

princípio apenas de uma percepção do próprio corpo, o corpo com testosterona é sancionado como masculino pelos outros[234]. Esses homens passam a ser lidos como ainda mais masculinos, o que é descrito invariavelmente com orgulho. Diferentes efeitos são associados ao hormônio, e de diferentes ordens: anatômicos, comportamentais, subjetivos, fisiológicos, culturais.

Não faria sentido ficar inventariando esses efeitos, o que tornaria as próximas páginas muito maçantes, mas alguns se repetem o suficiente a ponto de merecer uma atenção mais cuidadosa. Entre os homens trans, por exemplo, o principal objetivo no uso da testosterona é o que eles chamam de "pilosidade", leia-se, crescer barba. Os pelos corporais são bem-vindos, mas menos relevantes. Em segundo lugar de importância, está a voz mais grave (que também foi relatada por homens cis, mas de forma transitória). Esses dois atributos – voz grossa e barba – tendem a ser suficientes para que esses homens tenham sua virilidade reconhecida socialmente. As alterações genitais (hipertrofia do clitóris e aumento de sua capacidade erétil) são comemoradas, mas envolvem outros processos, e tratarei desse ponto em detalhes mais abaixo. Se todos os trans desenvolveram barba, o mesmo não se deu com os cis (talvez alguns já tivessem barba e não atentaram a possíveis mudanças nesse sentido). Porém, sejam cis ou trans, alguns relatam crescimento de pelos corporais e pubianos, assim como o desenvolvimento de calvície, enquanto outros, não perceberam nada relativo a pelos. Houve ainda uma única menção ao cabelo ter ficado crespo depois do uso.

Algumas mudanças que são consideradas o que diferencia anatomicamente homens e mulheres no discurso biomédico atual foram também percebidas, apenas pelos meus interlocutores trans. Acredito que essa especificidade decorra unicamente da possibilidade que esses homens têm de comparação com um corpo muito diferente prévio ao uso do hormônio; para os cis, seria de mais difícil percepção, o que não quer dizer, em absoluto, que as mesmas não ocorram. Mas é inegável que a magnitude das modificações corporais é maior nos trans. Assim, eles relatam uma mudança na distribuição de gordura, que passa a se depositar mais no abdome do que na região pélvica ("no culote" e "na bunda"). Alguns relatam um estreitamento da bacia também. Assim como a gordura, a distribuição de pelos também mudou. Um homem trans em particular, Frederico (TH), me chamou atenção por descrever uma alteração na distribuição dos pelos pubianos nos exatos termos dos manuais biomédicos:

[234] Voltarei em maiores detalhes a essa questão no próximo capítulo.

a testosterona teria mudado seus pelos da "forma de triângulo", conferida às mulheres, para a "forma de diamante", considerada tipicamente masculina[235].

Uma questão que aparece exclusivamente em entrevista com homens trans é uma alteração do hematócrito; o uso da testosterona aumentou a quantidade de eritrócitos. Esse é um efeito descrito na literatura médica, mas que dificilmente seria percebido pelos homens cis. Não digo isso no sentido de apresentar a transexualidade como mais medicalizada, de forma que os trans estariam mais expostos ao escrutínio médico, e, por isso, conseguiriam perceber uma alteração que não é visível. Na verdade, as vezes em que houve menção a essa mudança foi em decorrência da interrupção da menstruação com o uso da testosterona. Alguns dos homens trans tinham um fluxo menstrual muito grande ou problemas uterinos e ovarianos que causavam uma recorrente anemia. Logo, como esses homens estavam acostumados a acompanhar o hematócrito com alguma frequência, a alteração com o uso da testosterona tornou-se perceptível.

Outro efeito destacado por muitos de meus interlocutores são alterações dermatológicas. A testosterona tem o poder, desagradável para todos, de aumentar a oleosidade da pele, que será descrito de diferentes maneiras. A própria textura da pele muda, ficando mais grossa e aparentemente mais resistente. A oleosidade excessiva leva ao aparecimento de caspa e, muito frequentemente, de muita acne, especialmente nas costas e nos ombros. Essa característica inclusive "denunciaria" o usuário de testosterona, e é tão comum e estereotipada que existe até uma música que a cita (Bonde da Maromba, do grupo de *funk* e *hip hop* carioca Bonde da Stronda). Associado a essas alterações na pele, há um aumento da temperatura corporal, que repercute numa acentuada sudorese e numa mudança do cheiro corporal. É notável, porém, que enquanto alguns relatam terem desenvolvido algum ou todos esses efeitos, outros nunca perceberam nenhuma alteração. Essa inconstância se aplica a quase todos os efeitos da testosterona.

Por fim, uma série de efeitos que não fisiológicos ou anatômicos vêm associados à testosterona, mas de forma muito irregular. Assim, alguns tiveram insônia, e outros dormiram mais; alguns tiveram sonos agitados, com sonhos angustiantes, ao passo que outros dormiam profundamente, e pararam de sonhar. Alguns perderam apetite, outros comiam por dois (diga-se de passagem, tal efeito também é citado na música do Bonde da Stronda). Uns sentiram um aumento na concentração e na capacidade de resolução de problemas cotidianos, enquanto outros ficaram dispersos, e perderam uma capacidade de realizar múltiplas tarefas

[235] Esse padrão de distribuição de pelos pubianos era um dos argumentos mais fortes de Leonídio Ribeiro (1938) na defesa da homossexualidade como uma "inversão" endócrina. Ver capítulo 4.

simultaneamente. Houve um relato de um olfato mais aguçado; alguém afirmou ter desenvolvido uma maior agilidade; e alguém percebeu que as unhas ficaram mais fortes, menos quebradiças. Como argumentei acima, os efeitos são muito díspares, e muitas vezes fica difícil, mesmo para eles, definir se foram resultado da testosterona, de outras substâncias utilizadas conjuntamente, ou de questões totalmente desconexas, mas que aconteceram em suas vidas simultaneamente ao uso do hormônio.

Mais interessante é apresentar como os efeitos considerados principais giram em torno de três grandes características masculinas, que seriam a força, a agressividade e o desejo sexual, como fica explícito no título dessa seção, uma fala de Jorge (CH): "*É mais força, explosão e libido. No meu caso é isso!*" Esses atributos, muito caros à masculinidade ocidental, são descritos por todos meus interlocutores, com pequenas nuances a partir dos diferentes objetivos buscados com o uso do hormônio. Usarei a história de Mateus (CH) como um fio condutor, em torno da qual apresento as semelhanças e divergências com os outros relatos.

É preciso antes enfatizar que a testosterona não conferiu ineditamente tais atributos a eles; o que acontece é uma maximização, uma exacerbação dessas características, que já estavam de alguma forma latentes. Além disso, há uma crença comum de que o hormônio interage com a "genética" de cada indivíduo, de forma que nem todos os efeitos terão o mesmo destaque em todos os casos. Outra condição para o aparecimento de um efeito ou outro é qual substância você utilizou, o que estaria a princípio de acordo com a teoria farmacológica: uma determinada alteração na molécula leva a um determinado efeito farmacológico em detrimento de outro. Porém, é preciso dizer, nesse caso, os discursos são muito pouco técnicos, estando mais baseados em experiências (suas ou de outros) do que em conhecimentos formais sobre o mecanismo de ação de cada molécula ou as cascatas bioquímicas ativadas e/ou inibidas.

Acredito ser claro que um mesmo efeito pode ser muito positivo para um e negativo para outro, ou bem-vindo num determinado período da vida e desagradável em outro. Porém, não custa repetir, quando perguntados diretamente sobre efeitos ruins/adversos/desagradáveis/colaterais, a resposta tende a ser negativa. Por outro lado, existem aqueles efeitos que serão incômodos para todas as pessoas que os sentem, mas não parecem ser suficientemente ruins a ponto de ofuscarem os efeitos positivos, sempre muito pronunciados, verdadeiras fontes de orgulho. Alguns efeitos são vistos como secundários, relativamente irrelevantes, mas agradáveis; outros, são surpreendentes, mas não necessariamente valorados positiva ou negativamente. Há ainda aqueles toleráveis, e outros

que, com o tempo de uso, acostuma-se, e deixam de ser percebidos. É comum o relato de que determinados efeitos são muito gritantes no primeiro uso, mas depois, estabilizam (ou meus interlocutores que os naturalizam). Por fim, há raros casos na minha amostra de efeitos graves o suficiente para interrupção do uso, ou para uma procura urgente ao médico, e há enorme frustração quando um efeito muito desejado simplesmente não se desenvolve, o que também não aparece muito frequentemente.

7.2.1 Força: "*Agora eu sei porque os caras tomam isso aqui como se não fizesse mal nenhum!*"

Uma das questões mais consensuais nas entrevistas foi a percepção de um aumento de força física como o principal efeito da testosterona. Ainda na fase de aproximação com o campo, me foi explicado que o efeito do hormônio não é um desenvolvimento automático da musculatura como muitas vezes se imagina. Na verdade, o que aumentaria seria a força, e o ganho muscular seria uma consequência disso, tanto que haveria um risco de engordar caso a pessoa tome e não faça uma atividade física regular. Nessa descrição, a testosterona ganha um caráter indomável, como uma força da natureza, poderosa, mas descontrolada, que pode acabar com o sonho do corpo perfeito caso não haja uma disciplina associada ao uso. A força da testosterona seria, pois, uma força bruta, que exige um controle para evitar destruir o homem em seu caminho. Vejamos essa questão pela ótica de Mateus (CH).

> *Com a testosterona, acho que esteroides em geral, foi assim, ganho de força, recuperação de pós treino, pra mim foi assim, cara, sensacionais.* ***Agora eu sei porque os caras tomam isso aqui como se não fizesse mal nenhum!*** *Com a testosterona, eu acho que o primeiro efeito que eu senti foi assim, muito mais, sei lá, depois de uns 14, 15 dias foi que eu senti mesmo.* [...] *Senti muito mais o ganho de força, conseguia aumentar a carga. Então eu pensei assim, cara, vou começar a misturar, então segurei um pouco até na carga e fazia, forçava mais o número de repetições, em séries mais devagar, né? Tentava fazer um* super slow[236]*, umas coisas malucas no meio, pra usar não numa carga tão acima, mas conseguir forçar*

[236] O método de treino "*Super Slow*"/"Super Lento" consiste em executar repetições usando entre 10 e 30 segundos para cada repetição (5 segundos para fase excêntrica, e 5 segundos para a fase concêntrica), em uma a duas séries de 5 repetições por exercício. Indicado apenas para praticantes avançados, o sistema é utilizado prioritariamente em exercícios uniarticulares e de grande amplitude de movimento. O resultado é melhor devido ao maior tempo que o músculo fica sob tensão. As principais vantagens seriam a apuração da técnica de execução, um controle melhor da intensidade e uma melhora da resistência muscular geral e da força máxima, além de reduzir o risco de lesões devido a uma menor sobrecarga em tendões e articulações. Entre as desvantagens, estão o cansaço excessivo, a maior demora do treino e a monotonia da técnica. Essa descrição é facilmente encontrada em *sites* da internet, citando diferentes trabalhos acadêmicos, o que demonstra o tráfego de informações que argumentei no capítulo anterior.

> *ao máximo o que eu achava que conseguia. Eu trabalhava em amplitudes maiores, né, esticava mais o músculo do peito, o máximo que eu conseguia, pra tirar o máximo de proveito. Então eu acho que o ganho de força foi a primeira.*

A força física é um atributo considerado inerente à masculinidade. Como vimos, a tradução da palavra virilidade em latim é, justamente, força. Para Sócrates Nolasco (1993, p.18), a ideia da "força física, definida pela massa muscular" é frequentemente acionada para descrever o homem ideal, sendo um lugar comum em diferentes arquétipos e estereótipos hegemônicos de masculinidade. Fátima Cecchetto (2002) também percebe "uma conexão entre músculo e masculinidade". A partir da obra de Alain Klein, a autora afirma que "a mais tradicional e primitiva forma de ver a masculinidade ancora-se na exibição da virilidade e da força física" (CECCHETTO, 2002, p.54). O interessante acerca dessa conexão é que a virilidade (ou força física) está expressa pela musculatura desenvolvida, ela é pressuposta e inerente ao corpo musculoso; em certa medida, lembra o teste da crista de galo utilizado pelos cientistas dos anos 1930 para comprovar os efeitos da testosterona. Os músculos, como a crista, funcionam como "bandeiras hasteadas" de virilidade, mais uma vez compreendida como evidente e automaticamente visível.

George Mosse (1996) destaca como o ideal moderno de masculinidade retomou a forma física e as proporções musculares do jovem atleta helênico como um padrão de beleza que deveria ser perseguido por todos os homens. Essa musculatura avantajada, contudo, não pode reduzir o homem a um bárbaro, que se aproxime mais de um animal, de um selvagem. A contenção dos instintos descrita por Elias (2011) como característica da burguesia fez com que essa virilidade fosse temperada por um autocontrole, que seria o grande atributo do modelo moderno de masculinidade ocidental.

> [O] paradigma era principalmente o de atletas jovens que, através da estrutura de seus corpos e seu comportamento, exemplificavam poder e virilidade, e também harmonia, proporção e autocontrole [...] Os corpos masculinos [...] eram sempre flexíveis, e nenhuma característica do corpo ou do rosto perturbava suas nobres proporções [...] O corpo ideal projetava tanto a força quanto a restrição (MOSSE, 1996, p.29, tradução livre[237]).

Esse autocontrole será acionado pelos meus interlocutores em diferentes momentos-chaves, como quando Mateus (CH) afirma, no trecho acima, ter "segurado um pouco" o aumento de carga que o uso do anabolizante lhe permitia. Mas, no fim das contas, a testosterona no corpo desses homens "*fez diferença, eu senti um pouco mais de força*" (Evandro, CG). Por vezes, outras características serão somadas à força, mas ainda num

[237] No original: "the paradigm were mostly those of young athletes who through the structure of their bodies and their comportment exemplified power and virility, and also harmony, proportion and self-control […] The male bodies […] were always lithe, without any surplus fat, and no feature of the body or face disturbed their noble proportions […] The ideal body projected both strength and restraint".

sentido de favorecer a construção desse corpo belo e musculoso, de boas proporções. Assim, a testosterona também irá conferir resistência, ânimo, agilidade e disposição, como vemos nas falas a seguir: "*Eu percebi que eu consegui ganhar força realmente para treinar bem rápido* [...] *Mais força, e mais resistência, isso que eu sentia*" (Sílvio, CG); "*Teve um aumento de força muito grande. Eu percebi que eu tinha menos cansaço, enfim, eu percebi uma melhora geral*" (Rubens, CG); "*Eu acho que ela aumentou a minha força né, na hora de malhar. Eu senti assim um grande ganho de força mesmo, de pegar um peso maior* [E aí, consequentemente, aumenta a massa né?] *Exatamente!*" (Roberto, CG).

Aumentar a carga é a consequência mais direta e mais concreta do ganho de força. Considerando que as vantagens das falas acima são de certa forma subjetivas, de difícil demonstração prática, uma capacidade de levantar pesos maiores serve de comprovação da ação da testosterona.

> *Além da massa muscular, e da retenção de líquidos – você fica bem inchado – é a disposição, você ganha muito mais disposição no caso na malhação. Você tem muito mais disposição, muito mais força, o dobro do que você tem!* [Você sobe muito peso?] *Muito mais, o dobro! Se você pega...é...40 Kg, você chega a pegar 80 kg!*" (Sérgio, CH).

Considerando que esses homens já tendem a levantar uma carga no limite de sua força, dobrar os pesos é realmente uma proeza. Esses exemplos me foram apresentados sempre com muito orgulho, o que não é de se espantar, uma vez que "[v]irilidade, proezas e outros atributos másculos demarcam um dos maiores eixos através do qual os homens situam-se e classificam outros homens" (CECCHETTO, 2002, p.54). Não à toa, um dos maiores constrangimentos para o (e não a) iniciante na prática da musculação é ser identificado como aquele que levanta menos peso, que fica "*lá só brincando com os pesinhos coloridos*[238]" (Mateus, CH). Esse julgamento moral costuma ser uma grande queixa de quem decide se aventurar na musculação, e foi um dos motivos apresentados por Fernando (CG) para recorrer à testosterona: "*todo mundo pega*[va] *um peso maior que eu! Mas as vezes, nem era uma questão de peso, dava pra observar que eu até pegava pesos diferentes, porque eu tenho uma força...eu tenho força física, mas não necessariamente uma...musculatura exuberante*". Ou seja, numa tentativa de diminuir o estigma do "pesinho", Fernando (CG) tenta descolar a "musculatura exuberante" da força física, o que não tem muito eco, especialmente entre aqueles que já abandonaram há muito tempo os pesinhos coloridos.

[238] Nas academias de ginástica, é comum que os halteres menores (de 1 a 10kg) venham com uma cobertura emborrachada de diferentes cores. Já os pesos maiores, a partir de 12kg, ou não têm cobertura, aparecendo diretamente o metal, ou a cobertura é preta, passando uma ideia de rusticidade, que confere simbolicamente virilidade a quem consegue realizar os exercícios com eles.

Mesmo em falas nas quais a restrição e autocontrole ficam mais evidentes, e são destacados de forma positiva, como uma atitude responsável, fica nas entrelinhas esse orgulho das cargas muito altas. Assim como nas estátuas gregas que serviram de modelo à masculinidade moderna, a possibilidade de exibir uma força superior aos dos outros está presente e é reforçada implicitamente, mesmo que o "correto" seja a contenção.

> *Nada de cargas excessivas também, né, como as pessoas às vezes "nossa, você deve pegar 500 kg no supino né? Não! É pesado pra maioria das pessoas, mas não é pesado pra mim, entendeu? Então, às vezes, você vê lá eu botando 60 kg de cada lado, aquilo não é o meu limite. Aquilo ali é 70, 80% da minha força. Só que as pessoas olham aquele peso né, geralmente faz com 20, quando faz muito, aí olha, "pega pesado". Realmente eu pego pesado...pro geral né, mas pra mim não* (Jorge).

Jorge (CH) tende a assumir uma postura muito responsável no uso do anabolizante, sempre descrito de forma racional e muito profissional. Afinal, ele é um fisiculturista de carreira, e treinador de outros fisiculturistas, e não um usuário amador que se enche de "drogas" apenas por razões estéticas. Essa preocupação, contudo, não está presente entre outros de meus interlocutores, ainda que sejam também fisiculturistas, como Antônio (CH).

> *Efeito bom é força!* [Você consegue levantar muito mais peso?] *Muito mais peso com mais facilidade. Um exemplo: hoje eu pego 30kg, tomando direitinho e fazendo tudo direitinho, daqui a umas três semanas, duas semanas, eu consigo pegar 50kg fácil* [...] *E o rendimento fica melhor na academia também. Não só na academia, mas em qualquer outro esporte que, às vezes, eu pratico* [...] *o cansaço diminui um pouco, não fica aquela coisa muito alta de quando a gente não está tomando nada.*

Nesse trecho, percebemos uma questão característica do recurso às chamadas drogas de estilo de vida, que seria a elevação do organismo e suas capacidades a um nível sobre-humano. Esse aprimoramento foi descrito por diversos estudiosos do Viagra, em especial Meika Loe (2001), que argumenta que os inibidores de PDE-5 garantem ao homem uma masculinidade mítica, marcada por uma ereção que nunca falha, inatingível sem intervenções farmacológicas. No nosso caso, a testosterona irá diminuir o cansaço que seria inerente a uma atividade física exaustiva, garantindo resistência e disposição renovadas. Analisando por outro ângulo, a testosterona, uma vez mais, eleva o homem a uma condição superior, permitindo-lhe proezas heroicas. E é interessante ouvir que essas vantagens não se restringem ao "puxar ferro", mas aparecem em outras esferas da vida desse homem, notadamente em outros esportes. Para Jorge (CH), "*dependendo da droga você tem um pouco mais de força. Dependendo da droga você [...] sente um pouco mais de agilidade, fica mais rápido, né? Tipo, acostumado a jogar bola né,* [...] *você sente que você fica mais...tem uma explosão maior*".

Um ponto mais relevante nessa fala de Jorge (CH) é a ideia de que os efeitos serão diferentes "dependendo da droga" que seja utilizada. De maneira geral, meus interlocutores

tinham dificuldade em diferenciar quais efeitos eram mais peculiares de cada substância, principalmente aqueles que usaram várias ao longo de muitos anos. Porém, às vezes, algumas diferenças surgiam, como no relato de Paulo (CG).

> *E eu não sei se você já ouviu falar de Dianabol, é um comprimidinho besta, ele te dá...ele triplica tua força! Eu começo a usar Dianabol hoje, e amanhã eu tô me sentindo o Hulk, e tô com a coxa de Hulk! Acaba tendo uma indução, você sabe que tá tomando, e aí acaba sentindo o efeito antes. Eu acho que rola muito disso, não sei. Agora, com o Deposteron...eu não senti nada disso, não, agora, com a W*[instrol]*, realmente é absurdo!*

Esse efeito de indução, que Paulo (CG) chamou em outro momento da entrevista de "psicológico", também foi percebido por Samuel (CH).

> *Força, resistência, até vontade...dá uma vontade de treinar* [...] *aumentava a disposição.* [No que aumenta a força, você aumenta a carga?] *Isso. Estava sem tomar, no caso, vou dar o exemplo do supino: pegava 35, 38 já com alguém me ajudando. No final, tratando com Dianabol, eu pegava 45 sozinho, 90kg, 45 de cada lado, sozinho.* [E com Durateston, você percebeu algum efeito?] *Percebi, percebi, inchaço, força* [...] *Aumenta o volume, com pouca definição. É, aumenta mais volume.* [Quando você sente o aumento de força?] *Terceiro, quarto dia, eu senti que teve já uma diferença pra...questão de estímulo, vontade...já no segundo dia eu me sentia...não sei se é por causa daquela...muito do psicológico, "porra, tô tomando", sacou?* [...] *Porra, sou o Jesus Cristo agora! Foda! Sou o Arnold! Não sei, sinceramente eu senti já uma disposição maior no segundo dia. No sexto comprimido já, no caso!*

Em ambos os relatos, temos a menção a figuras sobre-humanas, seja o Hulk dos quadrinhos, o Arnold Schwarzenegger, considerado por esses homens uma lenda, ou Jesus Cristo, o messias. Um homem deificado, inspirado em heróis, é uma imagem comum à masculinidade, presente desde discursos médicos falando sobre o "mito do super-homem" que afastaria os homens do serviço de saúde (TRAMONTANO, 2012) a peças publicitárias para incentivar o consumo no dia dos pais que colocam a figura paterna no lugar de um deus ou um herói de seu filho (homem). Na construção do ideal moderno de masculinidade, "o corpo masculino é deificado, purgado [...] das impurezas da humanidade" (MOSSE, 1996, p.32, tradução livre[239]). Essa comparação masculina com heróis e deuses seria, para Nolasco (1993), frequente em diferentes períodos históricos.

> A representação masculina é uma efígie de um deus ou de um herói que segue pelos caminhos desenhados por este deus. É o que percebemos, na estória de Ulisses, contada na *Odisseia* de Homero, ou na de Adão, representado nos textos bíblicos como aquele feito à imagem e semelhança de Deus. Em algumas reflexões de Sêneca, encontramos a estória de homens determinados, pelo destino, a "resolver" as tarefas mais difíceis e complexas (como Hércules) e que, mesmo se mostrando "medrosos e sugestionáveis", não perdiam suas origens divinas, tal como Cláudio. As atribuições de força, poder, coragem, astúcia e inteligência, e as exclusões de sentimentos como medo, inveja e raiva, diminuem as distâncias existentes entre a representação de um homem e a de um deus, tornando o herói alguém digno das premiações dos céus (NOLASCO, 1993, p.30, grifos no original).

[239] No original: "the male body is deified, purged [...] of the dross humanity".

Para elevar o homem e o corpo masculino a uma condição sobre-humana, é preciso diferenciá-lo do "resto" da humanidade, a saber, das mulheres. A necessidade de manutenção do binarismo de gênero leva ao desenvolvimento de rotinas diferentes de exercícios, marcando que a construção do corpo musculoso não pode ser a mesma para homens e mulheres. Frederico (TH) tem uma história bem peculiar nesse sentido.

> *Então, na época eu já fazia academia porque tinha que treinar pra passar nas provas de concurso e depois para manter o treinamento na Guarda*[240]*, então já estava nesse ritmo não sedentário, né, e já estava com músculo mais desenvolvido e tudo mais. Aí, com a testosterona...é que tem a memória muscular, né, os músculos já estavam acostumados àquela coisa diária* [...] *O engraçado é que, com uma semana e meia, duas* [de uso]*, ficou* [faz movimento de contração dos músculos]*, porque já tava tudo encaminhado, né, então, fazia muito costas, muito braço, porque os homens tinham que fazer barra e as mulheres não, e já que eu nunca fiz barra na minha vida, e nem na prova pro concurso foi exigido barra para mulheres, é...eu não tinha essa...isso tudo desenvolvido, então eu demorei uns três meses e meio para conseguir fazer, elevar o corpo a primeira vez com barra né, porque tem que desenvolver tudo isso. E aí eu bombei mesmo, né?*

Assim, foi somente através da testosterona que Frederico conseguiu exibir os atributos de força que comprovariam sua virilidade aos olhos de seus colegas e de seus superiores na Guarda. Sua identidade masculina é continuamente posta à prova até que Frederico possa realizar os mesmos feitos heroicos dos outros homens.

> [A] *Escola de Formação é muito binária, né? Exercício para mulher, exercício para homem, e eu naquele meio, com corpo feminino falando que era homem, porque é assim que eu me identifico, ainda não tava tomando...comecei a tomar hormônio depois de uns...três meses da Escola de Formação, e eu, enquanto identidade masculina, eu forçava a barra para fazer todos os exercícios masculinos, e fazia, né, porque...por orgulho mesmo e tal, para manter, que foi foda, porque realmente é...tem uma diferença, né, do que o corpo suporta ou não, e a meninas lá sendo mais poupadas, fazendo umas coisas mais leves. É que lá, não sei, interior, mais conservador, né, e por ter...eles tinham essa coisa de...de...de rusticidade, assim, né? Então, os exercícios para homem eram para proporcionar aquela força rústica de...é...e resistência, né...para conciliar com os métodos de luta e coisa assim, então a própria flexão dos homens era feita de punhos cerrados.*

Nessa história, fica claro o modelo de masculinidade perseguido pela Guarda Municipal, uma masculinidade "rústica", claramente inspirada no modelo das Forças Armadas. Mosse (1996) descreve como a ginástica passou a compor o treinamento militar na virada do século XIX para o século XX, quando as principais nações europeias passaram a defender a atividade física por razões "médicas, militares e morais". A moralidade aqui se

[240] Frederico (TH) passou no concurso para a Guarda Municipal de sua cidade. Ao prestar a prova, ainda se identificava como mulher, e, portanto, fez a prova física adequada a esse gênero, porém, quando foi chamado, já se identificava como homem e estava prestes a iniciar o uso de testosterona. As menções à Escola de Formação nos trechos da entrevista com ele se referem à escola de formação da Guarda, que deve ser concluída antes dos novatos irem para a rua exercer a ocupação. Mais detalhes dessa história serão apresentados no próximo capítulo.

referia ao medo da emasculação, da efeminação dos homens jovens, e pode ser comparada ao impacto que o corpo trans de Frederico (TH) causava na Guarda.

> todo o possível deve ser feito para tornar a juventude viril, para salvá-la de [...] um hermafroditismo, que deixaria apenas a aparência de macho intacta, ao mesmo tempo em que lhe daria a frouxidão das mulheres. A ginástica [...] evita a efeminação e cria "homens viris" – disciplinados, trabalhadores, modestos e perseverantes (MOSSE, 1996, p.45, tradução livre[241]).

Não à toa, as Forças Armadas foram grandes entusiastas do uso de testosterona na metade do século XX, e todo o clima de paz armada da Guerra Fria representou a "Era de Ouro" dos anabolizantes, como vimos no capítulo 5. Entretanto, nem todas as pessoas irão considerar que a testosterona, sozinha, dê conta dessa rusticidade do homem militar. Claudio (CH), que tende a tratar o anabolizante como parte de um tratamento que envolve o uso de outras tecnologias, faz um contraponto a esse poderio hormonal, ainda que implicitamente sugira que o corpo musculoso depende de toda uma disciplina e contenção de impulsos. Quando lhe perguntei se a testosterona causava um aumento da força, ele responde que

> *numa fase de* off*, sim. O que te dá força é o carboidrato, a gordura, enfim, é o que te dá energia. Nessa fase de* contest*, você não tem...não faz uso de carboidrato, de gordura, você fica muito fraco, entendeu, então não tem disposição, vontade. Tanto que, nessa fase, não...a gente esquece hipertrofia! É só aumentar os cortes, aumentar a qualidade, entendeu, é gasto calórico.* [E no período de *off*?] *Ah, aí tem um aumento legal! Não sei se por causa da testo, ou por causa das drogas, ou da alimentação que a gente toma. Acho que é esse conjunto que faz com que a gente tenha mais força, mais ganho, entendeu?* [Mas esse aumento de força, você chega, sei lá, a dobrar uma carga? É menos? É mais?] *É, vou dar um exemplo então: no* leg press*, que a gente treina perna, né, quadríceps, em fase de* off*, que a gente* [...] *usa carboidrato, usa lipídio, né, a gordura boa, as drogas são outras...em questão de peso, sei lá, 500kg...agora...acho que cento e pouquinhos quilos já é pesado!* [Então é uma diferença...] *Muito boa!*

Assim, percebemos como a força física será evidenciada pela musculatura. E a testosterona, reconstruindo mais uma vez a protoideia que observamos desde o primeiro capítulo, será a ferramenta mais indicada para expor essa virilidade, quer ela estivesse latente, quer ela demandasse aprimoramento. É muito curioso que tenha sido quase unânime a menção à força como primeiro ou principal efeito da testosterona, e que essa percepção tenha surgido espontaneamente para meus entrevistados. Foram raras as entrevistas em que eu tive de perguntar diretamente sobre a questão do aumento da força. A questão do aumento da carga também merece o lugar de destaque conferido pelos meus interlocutores: o levantamento de peso é uma das poucas modalidades olímpicas presente desde a Era Clássica, e é até hoje considerado uma prova bastante viril. Se o objetivo das primeiras Olimpíadas era

[241] No original: "Everything possible must be done to make youth virile, to save it from [...] a hermaphroditism, which would leave only the appearance of the male intact while endowing him with the slackness of the women. Gymnastics […] prevents effeminacy and creates "manly men" – disciplined, industrious, modest, and persevering".

enaltecer a beleza da perfeição física do homem-guerreiro, e o levantamento de peso manteve sua importância para o homem-soldado da Era Moderna, faz sentido que esses homens se orgulhem de sua capacidade de dobrar a carga erguida em seus ginásios (pós)modernos.

7.2.2 Libido: a "marreta de aço" e o "pau macio"

A força é, portanto, um dos principais pilares do ideal hegemônico de masculinidade. Porém, outro atributo marcante do homem seria a "predação sexual", nos termos de Miguel Vale de Almeida (2000), especialmente do homem mediterrâneo/latino.

"A sexualidade latina representa uma prática discursiva diferente da anglo-saxónica. Distingue assim a sexualidade burguesa ou Anglo-Norte Americana da sexualidade camponesa ou circum-mediterrânea e Latino Americana" (VALE DE ALMEIDA, 2000, p.139). A disponibilidade irrestrita para o sexo, a busca constante por uma multiplicidade virtualmente infinita de experiências e parcerias sexuais, e um desejo de fazer sexo irrefreável, quase animalesco, são características consideradas inerentes, instintivas e atávicas do homem (mas nunca da mulher). Nesse ponto, seguindo os arquétipos masculinos do pensamento junguiano descritos por Walter Boechat (1995, p.34), saímos do aspecto do herói para focarmos no do Don Juan. Não que não haja nada de heroico na hipersexualização do homem; Nolasco (1993, p.70) descreve como a vivência sexual masculina "se inicia com diferentes rituais afrodisíacos, mantenedores da potência masculina, uma verdadeira odisseia [...] Os meninos crescem tendo por padrão de comportamento um conquistador, um guerreiro imaginário, de apetite sexual insaciável". Por outro lado, o falicismo donjuanesco tipifica a imaturidade masculina, que seria centrada no próprio prazer, que conquista mas abandona, que nunca se satisfaz – ou seja, uma masculinidade sem autocontrole.

Nesse sentido, se a força física, medida pelos quilos levantados, é algo digno de orgulho, um desejo sexual exacerbado será tratado de forma mais ambígua. Decerto que vários outros fatores influenciam o falar sobre sexo: o tabu inerente ao tema; pudores e vergonhas individuais; a ideia de que essa seria uma questão secundária, ou mesmo pouco científica, e poderia eclipsar outras consideradas mais centrais; ou a noção de que isso é do campo do privado e não deve ser discutido com estranhos. Nesse ponto, é importante relembrar os argumentos apresentados na introdução acerca do lugar do pesquisador. Os trechos de entrevista nessa seção deixarão claro que, para a maioria dos entrevistados, esse é

um assunto delicado. As falas são muito mais reticentes, há uma escolha mais cuidadosa de palavras, frases que terminam subitamente, dando apenas uma indicação de como seriam concluídas, risadas nervosas, e muitos, muitos eufemismos e metáforas.

Em alguns casos, essa dificuldade era mais grave, inviabilizando mesmo a investigação. Quando perguntados diretamente sobre efeitos sexuais, alguns eram bem monossilábicos, não abrindo espaço para aprofundar a questão: "[Você percebeu alguma diferença no desejo sexual?] *Não*" (Evandro, CG). Vale dizer que esse "não" foi seguido por um constrangedor silêncio, que me forçou a introduzir outro assunto. Ainda mais significativo, alguns homens que eram bem "falantes" em outros momentos, respondiam de forma rápida, excessivamente sucinta quando tentava abordar essas questões. "*O primeiro efeito é sempre a libido que sobe um pouco. Libido sobe.*" (Jorge, CH).

Houve casos em que eles chegaram a apresentar o aumento do desejo sexual como um efeito colateral, como é o caso de Otávio (CG) e Sílvio (CG). Se bem que, acredito, eles não usam "colateral" como necessariamente negativo, mas com uma conotação de lateral mesmo, de secundário ou acessório. "*O único efeito colateral que eu tive é vontade de fazer sexo.* [Aumentou?] *Aumentou muito assim, tipo de subir pelas paredes, de querer ir na sauna toda semana, sabe, de querer dar, dar, dar, dar, assim, né?*". Não deixa de ser irônico que, ao usar o "hormônio masculino por excelência", Otávio sinta um desejo de ser penetrado. Nesse sentido, lembra muito os primeiros usos de testosterona nos anos 1940 para "curar" a homossexualidade que vimos no capítulo 4, interrompidos porque os sujeitos da pesquisa acabavam "aumentando o vício" ao invés de interrompê-lo. Sílvio também considera o aumento do desejo sexual como um efeito colateral, porém numa fala bem menos pitoresca que a de Otávio.

> *O efeito colateral é de mais libido.* [Libido seria mais vontade, ou mudava a própria performance?] *Os dois, porque acho que estava muito ligada uma com a outra assim. Como minha libido estava muito mais alta, minha performance também melhorava. Então era tudo encadeado.* [Você poderia descrever mais essas melhoras?] *É, ficava mais tempo fazendo sexo, não me cansava tão rápido.* [Alguma diferença de ereção?] *Sim, fica...tinha ereção mais fácil e...é...com menos estímulo.*

Aqui, faz-se necessário refletir sobre uma certa polissemia da categoria "libido". Em minha pesquisa de mestrado, percebi que o discurso médico-científico sobre DAEM apresentava como principal sintoma dessa condição a queda do desejo sexual, tratado invariavelmente como "libido". Por considerar que o termo tem um significado específico e já consagrado na psicanálise, compreendendo uma gama de processos psíquicos e pulsionais, julgo ser reducionista e biologicista igualar "libido" a "desejo sexual". Porém, quando perguntava aos médicos sobre o que significaria libido, eles reagiam como se a pergunta fosse

absurda; libido é, para eles, apenas desejo sexual, e nada mais. Alguns chegaram a ser grosseiros, e um médico especificamente respondeu de forma bem debochada (TRAMONTANO, 2012). Entre os homens que entrevistei, libido e desejo sexual são também termos intercambiáveis. A única exceção, já esperada, foi Renato (TG), que estava concluindo a graduação em Psicologia. A entrevista com ele foi uma das últimas, e eu já havia naturalizado libido como um sinônimo de desejo sexual, então, perguntei-lhe diretamente sobre mudanças na libido, ao que ele respondeu, claramente incomodado com o uso que fiz do termo, "*não sei o que você quer dizer com libido...*". Tive que explicar que não me referia ao uso psicanalítico, mas ao que seria um termo êmico, me desculpando pelo reducionismo para que a entrevista continuasse tranquilamente.

Se Renato (TG) questionou essa redução biológica da libido, para outros, não apenas são sinônimos, como parecia óbvio que, aumentando a testosterona, aumentaria também o desejo sexual. "*Libido, eu não preciso nem falar né, nas alturas!*" (Rubens, CG). Essa relação era tão certa quanto *libido = desejo sexual* para os médicos do meu mestrado. Retomando a ideia de tráfego dos fatos científicos de Fleck (2010), percebemos como a divulgação científica do desejo sexual como "o" efeito da testosterona foi eficaz entre a minha amostra.

> *A testosterona lá em cima, no caso, a libido lá em cima* [...] *Uma ou duas semanas, já sinto diferença. Você sente diferença assim: às vezes, você está pensando em nada, do nada* [...] *tá daquele jeito, e por aí vai.* [Você fica com mais vontade ou a prática em si muda?] *Os dois!* [Demora mais ou menos a ejacular?] *Demora mais, demora mais!* [Tem diferença na quantidade?] *Bom, se você ficar sempre fazendo ciclo, sempre...assim, a um bom tempo você já tá tomando anabolizante, diminui um pouco.* (Antônio, CH).

Essa fala de Antônio sumariza diversos elementos acionados por meus interlocutores nessa associação da testosterona com desejo sexual, como o aumento da vontade de fazer sexo, a ereção e diferenças no genital, a performance sexual e alterações na ejaculação. Ressalto que esses elementos aparecem muito imbricados nas entrevistas, de forma que apresentá-los separadamente é um recurso analítico apenas.

Começando pelo desejo sexual, o mesmo é compreendido como articulando simultaneamente uma vontade e uma disponibilidade para o sexo, fundamentalmente percebida a partir da ereção. Novamente, o melhor exemplo desse efeito da testosterona nos é dado por Mateus (CH), numa fala muito elucidativa, e muito explícita de uma percepção que é em larga medida homogênea entre meus interlocutores.

> *Não, aí parecia o maníaco do parque!* [Risos] *Marreta de aço, assim, coisa linda, tipo, parecia que tinha doze, treze anos de novo! Uma coisa bem intensa assim, tipo, "nossa, meu deus, a mina tá ali! Puta que pariu, tô de pau duro!", e tal. Então era foda!*

O efeito sexual da testosterona é o momento no qual seu caráter de aprimoramento é mais evidenciado. Segundo Peter Conrad (2007, p.87), um dos usos de terapias de *enhancement* seria numa noção de "reparo", ou seja, o uso na proposta de restaurar o corpo a condições prévias, perdidas com o passar dos anos, como no exemplo do tônus muscular no envelhecimento. Assim, Mateus (CH) fala claramente, e muito orgulhoso, de que sua ereção com testosterona é equiparável àquela do início de sua adolescência. E esse "reparo" depois dos 30 anos traz ainda uma vantagem: agora, Mateus (CH) sabe "o que fazer" com aquela ereção, acrescentando o inevitável autocontrole do homem adulto, impossível aos "doze, treze anos". É muito interessante que a percepção de uma sexualidade (ou de um desejo sexual) incontrolável seja associada a uma questão etária. Leandro (TH) também compara a ereção com testosterona a algo característico da adolescência.

> *O que eu sentia num primeiro momento era uma coisa meio que falam dos adolescentes, você acorda de pau duro* [risos]*, acordar com vontade de transar, né, o que eu não tinha antes. É meio, meio é...o clitóris, ele fica com ereções espontâneas assim, e aí aumenta o desejo, né, aumenta o desejo, mas é um desejo assim meio sofrido* [risos]*, de resolver essa situação. Meio sofrido!*

Essa sensação de volta a um período anterior e mais viril também foi identificada por Rogério Azize e Emanuelle Araújo (2003, p.142) na fala de usuários de Viagra, que se referem ao sexo com o uso do medicamento como "apoteótico": "como a minha geração fazia na época de solteiro, aproveitando o máximo possível". Aliás, quanto mais evidente o caráter de aprimoramento da testosterona, mais comparável seu uso fica ao uso do Viagra. Como já mencionei antes, Loe (2001), corroborada em diversas outras pesquisas sobre disfunção erétil, argumenta como o Viagra confere ao homem uma ereção infalível e, portanto, mítica. A testosterona gera algo semelhante, como vemos no relato de Sérgio (CH). "*Bom, é...desempenho sexual, aumenta o dobro, tu fica...* [...] *Aumenta o desejo e a performance! Acho que, tipo assim, você conse...o que você consegue é...sem a testosterona, você não consegue...quando eu tô usando, consigo muito mais!*" Nessa fala, fica claro o poder da testosterona de possibilitar proezas sexuais que esses homens não conseguem na sua ausência.

Rolf de Souza (2003), analisando as conversas de um grupo de homens em seus churrascos semanais no subúrbio carioca, observa o lugar de destaque do que Vale de Almeida (2000) chama de "bravatas sexuais". Pouco importando a veracidade, é uma característica da sociabilidade masculina a descrição de peripécias sexuais; uma "novidade" contemporânea é quando a performance passa a ser potencializada por uma substância química.

> O único que eu ouvi falar abertamente que tomou o Viagra foi Sérgio, que descrevia com riqueza de detalhes o efeito do Viagra em seu membro, a descrição era feita de

> forma tão vigorosa e prazerosa que chegava a ser patética. Alguns riam e outros ouviam atentamente ao relato, porém, a maior preocupação era mostrar para os pares que ele tinha conseguido poderes inimagináveis através de uma poção mágica, ao final do relato *químico-anatômico*, o tom era triunfal (SOUZA, 2003, p.73, grifos no original).

Tal qual o Viagra na pesquisa de Azize e Araújo (2003, p.137), a testosterona também irá cumprir esse papel de "poção mágica", conferindo habilidades notáveis aos seus usuários. "*Dá mais tesão, tipo, qualquer coisa tu fica de pau duro, não tem desenrolo* [...] *Qualquer toque, tava de pau duro, terminava de fazer, já tava de pau duro, sacou?*" (Samuel, CH). Essa descrição "vigorosa e prazerosa" do genital com testosterona, bem clara na "marreta de aço" de Mateus (CH), está muito presente também nas histórias dos meus interlocutores trans.

> *E, assim, a mudança na genital, foi uma coisa que marcou muito, porque* [...] *foi tão naturalizado esse negócio de não empoderar a própria genital enquanto mulher cis, numa educação antiga e tudo o mais, que eu mal sabia o que era clitóris, assim...eu...eu sabia, era lésbica e tudo o mais, explorava o meu corpo, mas o...o...o clitóris lá escondidinho e tal, "que porra é essa de clitóris, tem essa coisa escondida...", aí, tomando hormônio, é...foi então...eu sen...eu vi que foi inchando, inchando, aí teve um determinado dia...PUF! Saiu a...na...o equivalente a...uma glande, a cabecinha, eu falei "caralho, eu tenho!"* [Risos] *Nas primeiras duas semanas, já...acho que na terceira semana, já saiu, né, a cabecinha* (Frederico, TH).

Será justamente essa percepção do genital, e de sua ereção facilitada, que levará os homens, tanto cis quanto trans, a um desejo maior de fazer sexo. Um único contraponto a essa relação ereção-desejo muito causal vem na fala de Renato (TG).

> *Eu, não necessariamente, diria que deu algum...aumento muito diferente, mas se tu agora perguntar sobre a capacidade fisiológica de ter determinadas reações, aí eu posso dizer que sim, mas que isso, não necessariamente, significa desejo.* [Você fala de uma capacidade erétil, é isso?] *Isso!*

Tirando essa exceção pontual, os relatos tendiam a deslizar entre o que seria uma maior vontade ou "*tesão*" ("*era necessidade quase que diária de fazer sexo. É, diária, tipo, muito louco!*" – Rubens, CG), a sensação de "*pau duro*" o tempo todo, e a curiosidade de experimentar as novas capacidades do "*brinquedo*", como Flávio (TB) e Mateus (CH) se referem ao seu próprio genital. Tudo isso irá compor o aumento de libido trazido pela testosterona.

> *Sim, é porque a gente não tinha...por exemplo, antes a gente ficava excitado, a gente só tinha lubrificação, né? Hoje a gente fica excitado e, literalmente, fica de pau duro, então, a gente não sabia o que era ficar de pau duro* [risos] *Quando a gente aprende o que que é ficar de pau duro, aí a gente acha que é outra coisa* [...] *acha que tem que...mas depois de um tempo você aprende a usar o brinquedo melhor, e aí você não fica muito assim...mas talvez no começo sim,* [...] *você fique um pouco mais mesmo com a libido mais assim né, querendo fazer as coisas...mas acho que é a sensação mesmo.*

Para Nolasco (1993, p.41), é tão grande "a importância que os homens dão a seus genitais que se referem aos mesmos não como parte do corpo, mas como um outro. A partir

dessa dissociação, os homens passarão a ser controlados para estimulação dirigida especificamente para a ereção de seus genitais". Se concordamos com essa afirmação, a experiência dos homens trans de descobrir mais tardiamente o que é "ficar de pau duro" se torna estratégica para compreendermos essa relação masculina com o genital, uma vez que será apresentada com uma surpresa naturalizada pelos homens cis. Porém, destaco que essa diferença é mais retórica do que real; os cis falam da ereção com testosterona com o mesmo fascínio trazido pelos trans. É essencial fazer essa ressalva para evitar uma separação entre meus interlocutores que seria apenas transfóbica. A centralidade do "pau duro" para a sexualidade masculina definitivamente atravessa expressões de gênero; os homens me falaram de seus genitais da mesma forma que Souza ouviu em sua etnografia no subúrbio do Rio de Janeiro.

Houve uma única ocasião na qual um homem trans, Augusto (TH), marcou essa diferença. Quando lhe perguntei se houve mudança na capacidade erétil, ele respondeu: "*Mudou muito!* [Risos] *Não é igual ao seu, não, mas é...* [Risos]". E mesmo nessa fala, o tom era de brincadeira, amistoso, e o comentário serviu mais para expressar, novamente, um orgulho pelo seu "pau duro" com a testosterona do que para marcar um abismo entre nossos corpos. De toda forma, uma prova de que essa diferenciação cis/trans no que tange ao genital deve ser relativizada vem de um relato de Rubens (CG). Mesmo a hipertrofia do membro, que a princípio seria uma questão apenas para trans, pode se dar também num corpo cis, causando o mesmo orgulho visto nos relatos dos trans.

> [E]*u vou te falar, meu pênis engrossou com oxandrolona. Isso não foi eu que reparei, foi um garoto que eu saía com ele, e quando a gente saiu de novo, ele falou, "o quê que você tomou?", eu falei, "eu tomei...tomei!", tentei falar que não tomei, mas tomei, tomei! Aí ele falou, "é, seu pênis ficou mais grosso". Foi assim, foi o veredicto dele, né? Eu falei, se ele está falando, quem sou eu...eu não fiz medida de circunferência antes e pós, e conversando com a minha amiga, ela...o clitóris dela teve um certo aumento também. Como os tecidos são...parecidos, similares, eu acho que houve isso, sim.*

Assim, vemos como um dos maiores temores da masculinidade, o tamanho do pênis, pode também ser modificado com a fantástica testosterona. Foi nesse sentido de "mágica" que Leandro (TH) me respondeu quando falei sobre a hipertrofia genital.

> *Muda. Eu acho. Para mim, mudou, e o que eu sinto conversando com outras pessoas também é isso. Ela tem um poder quase mágico!* [Risos] *Eu acho que...claro que isso interage com as pessoas que já éramos antes, né? Não acho que é um produto exclusivo dela, mas...ela é...ela potencializa demais. Eu sinto várias coisas assim de diferente. Tem a própria ereção, né, que ela é muito mais rápida, e...e fácil!* [E, de fato, aumenta?] *Aumenta, muito!*

Pensar a testosterona como potencializando características masculinas foi uma constante nas minhas entrevistas. Em relação ao sexo, podemos afirmar que tudo é muito

potencializado com o uso do hormônio. O apetite sexual é tamanho que se torna insaciável, de forma que o/a parceiro/a sexual aparece em clara desvantagem, como nos mostra Ivan (TH).

> *A libido, indiscutivelmente, vai a dez, a cem, isso em todos.* [...] *com certeza, a testosterona é uma…potência fantástica para a libido, né? Isso eu vivi e os garotos todos vivem isso. Isso é indiscutível [...] as mulheres não dão conta, nenhuma mulher dá conta*[242] *de um homem trans que começa a tomar testosterona, você acaba tendo que se masturbar às vezes várias vezes por dia. É muita libido!*

Uma questão interessante, que se repete nos relatos dos homens trans, envolve o recurso à masturbação como forma de "aliviar" esse excesso de libido conferido pela testosterona. Segundo Mauro (TP), "*você quer bater punheta três vezes por dia, até* [...] *fazer sexo todo dia se for possível*". Por contraste, é curioso notar como a masturbação não é mencionada por nenhum homem cis[243], mas parece ser um assunto recorrente entre os trans. Vejamos essa questão sob a ótica de Flávio (TB).

> *não sei qual que é o período de tempo que os meninos que você vai fazer as entrevistas usam hormônio, mas talvez alguns falem, "ah, tô querendo trepar muito, me masturbar muito, bá, bá, bá", mas talvez, no começo, tem muito isso porque o clitóris está....tá hipertrofiado, você sente mais, mas depois é...assim, tudo estabiliza depois né, depois de um tempo, acho que depois de...acho que é...não sei exatamente quanto tempo, mas depois de um bom tempo as coisas estabilizam, você não fica sentindo mais.*

A estimulação erótica trazida, direta ou indiretamente, pelo hormônio é tanta que praticamente todas as dimensões da sexualidade serão de alguma forma alteradas. Se a anatomia do corpo muda, levando a essa vontade exacerbada, a mágica da testosterona é capaz de influenciar até mesmo a orientação sexual. Em alguns relatos, é como se uma cortina se abrisse, e um sem número de novas possibilidades sexuais se tornam disponíveis. A descrição de Frederico (TH) da primeira vez que esteve numa multidão após o hormônio é muito vívida nesse sentido.

> *Isso dá meio que um pane assim, né? Você passa a...o desejo acaba mudando, né, então* [risos] *é...de fato, eu...me sentia atraído por toda e qualquer pessoa, independente mesmo de gênero, de tudo, de idade...de tudo! E assim, foi engraçado num momento, eu acho que foi na primeira vez que eu vim pra São Paulo depois que tinha tomado hormônio* [...] *aí eu cheguei, e tinha aquele povo saindo do metrô e subindo a escada, né, e...eu lembrava, agora pra mim acaba sendo corriqueiro isso, acaba sendo normal, porque meu metabolismo agora é esse, mas ainda tinha memória do que era o metabolismo antes, então aquela coisa do olfato...bem...aguçado, e o cheiro de todo mundo, né, cheiro de homem, de mulher, de banho, de perfume, e...UAU!!! Dá aquela...*

---

[242] É interessante contrastar a fala de Ivan (TH) que "nenhuma mulher dá conta" do sexo com um homem usando testosterona, com uma ideia de que *os homens* não dariam conta de satisfazer suas mulheres (principalmente as que fazem reposição hormonal), e por isso precisam recorrer ao Viagra ou à testosterona, conforme observado por mim (TRAMONTANO, 2012) e por Azize e Araújo (2003, p.140).

[243] Acredito que essa diferença seja resultante da socialização infantil como menina no caso dos homens trans; a masturbação é muito mais aceita socialmente em meninos do que entre as meninas. Entretanto, não houve um aprofundamento nessa questão para que possa afirmar suas causas.

De forma análoga a Frederico (TH), Leandro (TH) nos relata como um aumento exponencial do desejo abre caminho para a erotização de corpos que até então não o atraiam, ou, inversamente, coloca o seu próprio corpo como mais disponível a ser erotizado.

> *Eu acho que aquilo que a testosterona também cumpre no plano do erótico é que ela estabiliza...uma corporalidade assim, uma visão...um tipo de corpo que vai produzindo outros desejos. Então, você se torna atraente para pessoas que, a princípio, você não era.* [E isso acaba trazendo outras possibilidades eróticas?] *É, exatamente. Eu acho que isso é um fenômeno bem legal.*

E Leandro (TH) não está sozinho na defesa de que a testosterona, interagindo com outras características da pessoa, chancele mudanças mais abrangentes na vida (sexual) de seus usuários, mudanças essas menos biológicas ou anatômicas.

> *Com certeza o histórico também ajuda você. De uma maneira geral, os trans pouco transam, né, antes da cirurgia ou antes de transacionar. Não é regra, mas pela dificuldade do corpo, de ficar nu, a maioria transa de cueca, então, quando vem a testosterona, que dá aquela…começa os efeitos, nascer pelo, nascer barba, a autoestima sobe, você fica mais seguro, e aí você tem mais coragem de transar nu, de…enfim, de transar mesmo.* [...] *Isso é indiscutível, esse efeito não tem o que se discutir!* (Ivan, TH).

Aqui chegamos num outro ponto no qual uma separação radical entre cis e trans faz pouco sentido. A partir dos relatos acima de Ivan e Leandro (TH), é possível falar num certo empoderamento que a testosterona confere, seja no sentido de apresentar-se (e sentir-se) como alguém desejável, seja na segurança e autoestima, no orgulho do corpo, ou mesmo em questões ainda mais profundas, como as que descreve Fernando (CG):

> *tendo um corpo mais forte, obviamente, isso transformou o meu subjetivo também. E quando digo, quando eu estou falando de subjetivo, eu estou falando inclusive de questões de gênero.* [...] *Mas eu tô me referindo, é, a...até uma questão de criação. É óbvio que eu fazia terapia também, e isso foi coadjuvante, porque...eu venho de uma família onde eu sou o irmão mais velho, então são mais três irmãos, eu sou o filho mais velho, e do interior do Espírito Santo. Então, assim...é...meu pai era pastor, é uma família muito conservadora, e...já ser gay, né, dentro disso, é, é bem complicado, né? E fora o fato de que...é...de alguma forma...é...o meu subjetivo acabou sendo moldado muito mais para o feminino, e inclusive para uma passividade maior.* [...] *Então assim, eu tinha até...20 e poucos?...mais trejeitos femininos, etc. e tal. Depois que eu namorei algumas garotas, isso acabou se diluindo, e, enfim, tornei...não me tornei aquele macho, etc. e tal, mas...depois* [de usar testosterona] *eu senti o que a gente chama de* empowerment*, empoderamento, e essa, pra mim, foi uma transição. Eu larguei o feminino que não fazia parte de mim, e me tornei uma pessoa muito mais...pró-ativa, mais ativa, e muito mais...dona de mim...é...**muito mais pauzuda. Em todos os sentidos**.* [...] *Mais fálico, é...é que a gente...é complicado dizer fálico, porque a gente cai* [...] *naquela coisa da psicanálise que é mais chata, né, que o pau é poder, e daí, quem não tem pau, não tem poder, aquela história toda. Mas eu senti isso efetivamente na pele, essa mudança. Tanto é que até a minha relação com o meu companheiro sofreu um abalo, porque...eu era uma pessoa engaiolada, e, depois desse processo, eu me redescobri totalmente!*

A mudança subjetiva a que ele se refere decorre de uma mudança física, é uma virilização, e o incômodo com a palavra "fálico" (vale lembrar que Fernando, CG, é

psicólogo) vai para além de uma implicância teórica. Vários de meus interlocutores têm alguma proximidade com a militância LGBT, com a crítica feminista e/ou com o campo de estudos de gênero e sexualidade; para esses homens, é muito claro que o gênero é uma performance, numa assumida influência butleriana. Todas as vezes que a testosterona aparecia de alguma forma influenciando ou amplificando características típicas da masculinidade hegemônica, como nessa fala de Fernando (CG), era perceptível o incômodo. Porém, ao que tudo indica, esse é um dos poderes da testosterona, ainda que mal visto.

Outra forma de avaliar o poder dos esteroides androgênicos é analisar os resultados de sua ausência. Compreendendo que um dos mecanismos de controle mais comuns da fisiologia é o *feedback* (ou retroalimentação) negativo, um excesso de testosterona circulando na corrente sanguínea, como acontece no uso exógeno do hormônio, irá inibir a via de produção endógena da testosterona. A lógica é simples: se há muito de uma determinada substância disponível, o organismo "entende" que não há necessidade de produzir mais daquela substância. Assim, quando se usa anabolizante, os testículos praticamente cessam a produção de testosterona. O processo de síntese orgânica de testosterona é lento para os padrões bioquímicos, de forma que, quando o uso é interrompido subitamente, leva algum tempo para que o corpo volte a produzir normalmente o hormônio. Nesse meio tempo, os índices de testosterona, que estavam muito elevados, caem a níveis baixíssimos. Analisando as consequências desse *backlash* químico, os efeitos do hormônio se sobressaem. Fica uma sensação de que aquele apetite sexual todo tem um preço. O incômodo é evidente na fala de Mateus (CH).

> *Parou de funcionar o brinquedo, assim, foi tipo, total! Principalmente depois do enantato...vontade, desejo sexual, caiu bastante, assim, não tinha!* [Quando você parou de usar?] *Depois que eu parei, depois que eu parei!* [...] *assim, nossa...sofri, me senti mal assim, foi uma coisa que me incomodou. E foi um dos motivos pelo qual eu voltei lá no endócrino e falei assim, "cara, eu me estraguei e preciso que você me arrume!", ele falou, "cara, o que eu mais faço não é nem fazer o acompanhamento, é arrumar os caras que eu estrago". Aí foi bem desesperador, assim.*

O mesmo aconteceu com Rubens (CG), que se lamentou ainda mais por um erro de cálculo quando pensou seu ciclo. No desejo de estar com um corpo bonito no carnaval, o ciclo acabou logo antes dos festejos. Apesar de satisfeito com o ganho muscular, um músculo específico deixou a desejar, num momento delicado para ter esse problema.

> *Foi depois que eu terminei tudo, tipo a última dose, uma semana depois, aí veio.* [...] *foi o auge mesmo, tipo, eu não sentia, eu nunca tinha sentido isso na vida!* [...] *Ficou dormente de você não ter resposta, eu falo nesse sentido, não dormente de estar dormente, mas tipo de não haver resposta. Você está tendo estímulo, o estímulo está acontecendo, mas...não sobe!*

Tendo passado pela mesma situação de Rubens (CG), o relato de Samuel (CH) é sucinto, mas preciso. Ao falar sobre as alterações no desejo sexual com o uso da testosterona, afirma: "t*eve um aumento, depois eu senti uma queda brusca*". O mau funcionamento, especialmente na sequência de um período áureo, levantou desconfianças que o deixaram bastante irritado.

> *Tinha vontade, mas, às vezes, a ereção vinha e, tipo...não mantinha! Como diz um amigo meu, "pau macio". É, ficava com o pau macio! Minha noiva chegou até a achar que eu tava comendo outra por fora, a maior merda. Eu falei, "cara, você não tem uma piroca e você não toma Dianabol! Porra, o dia que você tiver uma, você me fala!"*

A grosseria de Samuel (CH) dá margem para a discussão de outra característica da masculinidade, a saber, uma cumplicidade pressuposta entre os homens, especialmente no que envolve problemas de ereção. Assim, Samuel supõe que bastaria ter um pênis para que houvesse solidariedade e compreensão com a evidente frustração causada pelo seu "pau macio". Talvez a reação de Samuel fosse ainda pior se ouvisse a fala de Antônio (CH), que concorda com a diminuição do desejo sexual depois do ciclo, mas argumenta que essa "queda abrupta" é resultado de um desconhecimento acerca do uso de anabolizantes.

> *Isso, ela* [a libido] *diminui. É aquilo...aí, no caso, é questão de formação, de pessoas assim que pensa que...não vai descer, coisa e tal, que para do nada. Tem que, tipo, como se fosse vindo parando aos poucos. Por exemplo, eu vou parar daqui a quatro semanas, então eu vou reduzindo e vou aumentando o espaço de tempo da aplicação.* [Aí não tem essa queda muito grande?] *Isso.*

Um dado interessante aqui é como a dificuldade de ereção leva homens que utilizam o hormônio de forma totalmente autônoma ao consultório médico. Novamente, pude observar um fluxo comparável na minha pesquisa de mestrado: os médicos que entrevistei foram taxativos ao dizer que os homens os procuram devido a problemas de ereção; qualquer alteração hormonal, ou questões mais sistêmicas eram trazidas pelo próprio médico. Aos pacientes, interessava apenas uma receita de Viagra (AZIZE, 2002, p.73; TRAMONTANO&RUSSO, 2015, p.183).

Em poucos casos, a procura pelo médico se deu devido à percepção de uma baixa libido, como já relatado por Fernando (CG), mas que se repete também com Roberto (CG) e João Pedro (CG). Quando perguntei sobre efeitos da testosterona, Roberto (CG) relatou uma diferença "*até da libido mesmo, né? Até porque, eu procurei o médico por causa disso, tinha baixa libido e tal, e eu senti essa diferença.* [Então, de fato, aumenta o desejo?] *Sim, sim!*". A diferença de idade me levou a desconfiar que Roberto (CG), aos 30 anos, apresentou essa queixa como uma estratégia para a prescrição de testosterona, pois chama atenção que, identificando uma baixa no desejo sexual, ele procure um ortomolecular, e não um urologista

ou endocrinologista, que tendem a ser mais acionados nesses casos. Por outro lado, João Pedro (CG), que sempre tomou o hormônio por conta própria, ao perceber que tem algo errado com seu desejo sexual, vai direto numa urologista, o que foi independente do uso do anabolizante em si. Falando sobre efeitos, ele afirma:

> *Também senti uma melhora aí, senti uma estimulação melhor* [...] *eu consegui avaliar, aumentou a vontade e a performance também. Aumenta a duração, demora mais tempo, até mesmo a ereção, mantém por mais tempo* [...] *Não sei se é o psicológico também, né?* [Em que sentido? Por que o corpo está melhor?] *É, exatamente. Porque, quando eu fui ao urologista, eu conversei com ela, aí eu falei, "ah, eu tô me sentindo...", aí ela falou, "ah, fica meia bomba?", e eu falei, "é, verdade, fica meia bomba e tal", aí ela, "ah, de repente, você não encontrou a pessoa certa, entendeu? Não tá rolando, assim, um interesse maior, só uma vontade de fazer sexo. Procura ver isso, pode ser o psicológico...porque eu não vejo nada de anormal nos seus exames, tá tudo perfeito, tá tudo tranquilo", aí eu falei, "ah, tá bom então, pode ser isso. Não sei..."* [E fez sentido isso?] *É, pode ser também, eu não sei. Eu num...não quero associar diretamente a ele* [ao anabolizante]*, mas depois que eu comecei a tomar, que eu senti uma melhora boa, senti!* (João Pedro, CG).

Nesse trecho, novamente surge essa categoria do "psicológico". Em outro paralelo com as pesquisas sobre disfunção erétil e Viagra, temos aqui a repetição de um processo que foi determinante para a legitimidade dessa patologia e desse medicamento. Como observado por Alain Giami (2009), uma grande vitória da Medicina Sexual frente às abordagens mais "psi" da Sexologia foi o esvaziamento da discussão acerca da etiologia da disfunção erétil; seja causada por problemas orgânicos ou psicogênicos, o Viagra é eficaz em todos os casos. O mesmo acontece, portanto, com a testosterona. Seja a baixa no desejo sexual causada por uma deficiência hormonal ou por problemas relacionais ou "psicológicos", a testosterona irá, de qualquer jeito, aumentar o desejo. Vale ainda ressaltar a postura ética da médica de João Pedro (CG), que, ao contrário da conduta de muitos de seus colegas em casos de disfunção erétil, resiste a iniciar uma reposição hormonal quando os exames não indicam nada de anormal. Por outro lado, essa postura pode ser decorrente daquela ideia de perigo associada à manipulação de taxas hormonais.

A hipótese de que o aumento do desejo sexual possa ser causado por outros fatores que não a testosterona apenas, ou que com ela interagem, é trazida por Claudio (CH). O fisiculturista faz uma relativização do efeito do hormônio que não foi apresentada por mais ninguém. Entretanto, no que pese os outros fatores apresentados, o desejo sexual com o uso da testosterona é mais uma vez reafirmado.

> *Há sim!* [aumento da libido] *É óbvio que a nossa produção endógena de testo é mais...é...favorece mais a libido do que o que a gente toma, embora a gente tome e a testo nossa vai lá em cima, a libido não é como com a testo endógena que a gente produz, entendeu, mas há um aumento significativo da libido. Devia ser proporcional, né, ao que a gente toma! Pô, ia ser muito bom, mas não é proporcional, não!*

Considerando as doses cavalares de testosterona que Claudio (CH) toma ininterruptamente, talvez seja até melhor que o aumento do desejo sexual não seja proporcional. De toda forma, o que interessa nessa sequência de falas é que, mesmo quando outros fatores são considerados, a testosterona continua associada a uma libido aumentada. O único contraponto aparece na história de Paulo (CG), que toma Deposteron e relata que a vontade de fazer sexo desapareceu.

> *Não, muito pelo contrário! Menos vontade. O que eu acho muito engraçado, o pessoal fala que aumenta a vontade, diminuiu a vontade. O que aumenta, sim, a libido é o winstrol, que assim...aumenta que é um absurdo! É, isso comigo. Agora, o pessoal que usa geralmente fala, "nossa, eu usei testosterona e agora estou subindo pelas paredes!" Comigo nada!* [...] *Diminui total! Pra mim, diminui total! É uma linha tipo, "eu me basto, eu não preciso de ninguém, me larga!".*

Coincidentemente, essas falas que põem em xeque o poder libidinal da testosterona vêm justamente de homens mais velhos, nos quais, de acordo com o discurso biomédico atual, já deveria haver um menor desejo sexual. Ainda assim, mesmo no caso mais destoante de Paulo (CG), se uma testosterona (o Deposteron) falha, um derivado de testosterona (o estanozolol, Winstrol) cumpre o papel de maximização do desejo sexual.

Ainda que mais discreta do que a apresentada por Paulo (CG), Augusto (TH) também teve a experiência de diferenças de efeito de acordo com a substância utilizada.

> *O pico de libido, né, o clitóris fica muito sensível, fica muito sensível mesmo* [...] *depois de um tempo, deu uma estabilizada* [Mas quando toma, volta?] *Quando eu tomava Durateston sim, eu sentia isso bem...nítido. Mas depois que eu comecei a tomar a Nebido não.* [...] *eu sentia mais quando eu tomava Durateston, e agora, na Nebido, eu ainda me sinto com a libido, mas é uma coisa mais assim...que eu consigo controlar mais. Acho que com o tempo também a gente vai aprendendo a acostumar.* [Mas no início?] *Não, no início é tenso!*

Quanto a essa diferença, vale lembrar que uma das maiores vantagens do Nebido frente às outras apresentações de testosterona é exatamente a sua capacidade de manter os níveis hormonais estáveis, sem os característicos picos que medicamentos como Durateston ou Deposteron causam logo após sua administração (TRAMONTANO, 2012, p.103).

Assim, parece que, em relação à libido, a mesma testosterona que dá, tira. Se o encontro com o hormônio faz desses homens verdadeiras máquinas de sexo, eleva autoestima e os deixa seguros, imediatamente após a separação, a situação se inverte completamente. Diferente da força, que, após o uso, retorna à condição anterior, mas mantém-se algum ganho muscular, o desejo sexual não apenas reverte, mas praticamente desaparece, de forma que não sobra nada do período de glória que a testosterona proporcionou. Com isso, podemos afirmar um duplo papel em relação ao sexo, aumentando o desejo na mesma proporção que o diminui; a "marreta de aço" se converte num "pau macio" numa rapidez impressionante. Talvez seja

também por saber disso que o efeito sobre a libido seja apresentado de forma ambígua. Ao que tudo indica, não é intenção de ninguém, ao tomar testosterona, ter um ganho sexual, que irá, fatalmente, ser tomado desses homens assim que interromperem o uso. Temos aí explícita uma face vingativa da testosterona, que, ao ser abandonada, rouba o que faz dos homens mais homens: a "marreta de aço".

7.2.3 Agressividade: "parecia que eu vivi meses de TPM"

Se a força física é muito valorizada, e as alterações sexuais ocupam um lugar ambíguo, a agressividade é negada ou minimizada. Considerada inerente ao homem (ou à testosterona?), a agressividade vinha fortemente associada à violência física. Contudo, a maioria de meus interlocutores não se sente à vontade para exibir comportamentos abertamente violentos; na verdade, a maioria repudia esse tipo de resposta emocional. Nolasco (1993, p.46) considera que a impossibilidade de expressão de sentimentos imposta aos homens pela norma de gênero levaria a respostas violentas e agressivas. Considero essa proposição um tanto simplista, e meus interlocutores trazem outras maneiras de lidar com essa pulsão agressiva, como relata Fernando (CG).

> *Meu sexo mudou totalmente! Ele tá inclusive mais hardcore agora. Eu não entendi, na verdade, é uma coisa muito louca* [risos]*, pra mim, de novo, é um processo. É quase como Kafka, sabe?* [Gargalhadas] [Isso foi] *Agora! Agora, digamos, nessa última etapa, digamos, que eu tô chamando da última etapa da minha vida, que tem uns 3 anos. Mas, em 2004, quando eu fiz a pirâmide, não. Porque eu ainda era muito...digamos...ahn...carinhoso, delicado na cama, etc. e tal, até porque pra mim não tinha aberto essa...porta...da agressividade enquanto parte do erotismo. E, curiosamente, também acho que nunca tinha atraído pessoas com esse perfil. É, então...a própria...deixar a barba crescer, que eu sempre deixei muito mais baixa, foi obviamente um processo meio que junto.* [Aí] *atrai outras pessoas, outro tipo de pessoas, e...eu tenho tido experiências bem...enriquecedoras, sabe, coisas que JAMAIS eu pensasse que eu pudesse, inclusive, eu curtisse. Coisas de dominação, aquelas questões talvez mais...sádicas, ou masoquistas, né? Eu...acabei me tornando...talvez mais sádico, digamos assim* [sorri] *podemos dizer assim. Mas isso obviamente dentro de uma conjuntura sexual. Na vida, a agressividade se pontua também...mas não é uma coisa assim, é eventual, é pontual, e eu acho que não tá nada fora dos padrões. Eu já sou uma pessoa da paz, entendeu, quando eu saio um pouco, fico um pouco mais agressivo, as pessoas estranham, mas, beleza.* [...] *É, não sou, nunca fui uma pessoa violenta.*

Esse ângulo me parece mais interessante para pensar a relação da masculinidade com a violência. Falando sobre a maneira que os homens agem em espaços de sociabilidade, como o café, Vale de Almeida (2000, p.189, grifos no original) relata toda uma codificação de atitudes e comportamentos, que chama de uma "etiqueta" masculina no espaço público. "Esta

afirma-se mais pela sexualidade que pela violência ou a força física (mais própria da luta de bares anglo-saxónicas e germânicas, bem como do *machismo* latino-americano)". Concordo com o antropólogo quando ele diz que o recurso à violência seja mais presente entre anglo-saxões. O exemplo dos duelos descritos por Mosse (1996) é muito elucidativo nesse sentido. Ainda que os parlamentos europeus tenham abolido os duelos no final do século XIX, nas fraternidades de universidades alemãs, os estudantes mantiveram a prática do duelo fatal até depois da 1ª Guerra Mundial. "Os duelos alemães eram assuntos profundamente sérios; os duelos franceses tinham uma taxa de letalidade extremamente baixa. O aspecto militar dos duelos alemães estava ausente na França." (MOSSE, 1996, p.21, tradução livre[244]).

Os duelos representam uma transição entre um modelo aristocrático e medieval de masculinidade para o modelo burguês, moderno. De acordo com Pedro Paulo de Oliveira (2004), o processo civilizador rechaça a selvageria pública representada pelos duelos fatais, que foram transferidos para recintos fechados e atenuados (os duelos precisavam terminar com um aperto de mãos, logo, ninguém mais morria). "Há uma notável transformação ritualística do duelo à medida que ele passa a ser apropriado pela burguesia. A ênfase na bravura, na ousadia e no destemor desloca-se paulatinamente para a questão da firmeza, do autocontrole e da contenção" (OLIVEIRA, 2004, p.25).

Assim, mais uma vez, a noção de autocontrole irá limitar os excessos masculinos. Contudo, a agressividade não será totalmente extinta do ideal de masculinidade; ela passa a funcionar como um último recurso, algo sempre presente, mas que só poderá ser acionado em casos extremos. Um homem agressivo, violento, é um homem descontrolado, mas um "homem de verdade" deve "mostrar que há o *potencial* da violência" (VALE DE ALMEIDA, 2000, p.189, grifos no original). O corpo musculoso cumpre esse papel, mas a agressividade precisa ser constantemente "temperada", contida, e isso será feito de diferentes formas. Entre meus interlocutores, por exemplo, uma das estratégias de "escoar" essa agressividade exacerbada com o uso da testosterona será pela via sexual, como Fernando (CG) o fez, e não foi o único. Quando perguntei a Rubens (CG) do que se tratava as "alterações de humor" que ele afirmou ter com o uso de anabolizantes, ele respondeu:

> *Impaciência. Eu não...eu me controlava, porque eu con...eu me controlava mesmo, por que eu já sou uma pessoa nervosa normalmente, e...isso me dava certo nervosismo. E, é assim, dava hora de malhar, eu tinha que malhar, eu tinha...tinha que botar isso pra fora em algum lugar! E agressividade, mas a agressividade eu já conseguia canalizar pro lado sexual, então, eu, se tivesse que bater em alguém, fazer alguma coisa, eu fazia nesse sentido.*

[244] No original: "German duels were deeply serious affairs; French duels had an extremely low fatality rate. The military cast of German duels were absent in France".

Por essa fala, vemos que o autocontrole como forma de minimizar a agressividade não é apenas teórico, mas aparece concretamente na vida das pessoas. Assim, Rubens (CG) encontra dois caminhos. Primeiro, a via sexual. Assim como Fernando (CG), Rubens afirma que a testosterona mudou sua postura no sexo; antes, tendia a preferir ser penetrado, ao passo que, agora, ele costuma ser o "ativo". O segundo caminho, para evitar "bater em alguém", é transferir esse excesso para o treino na academia. Evandro (CG) utiliza a mesma tática. O hormônio o deixa com muito

> *estresse, muito nervoso!* [...] *agitado, é...bem...bem estressado!* [Mas explica melhor esse estresse?] *Impaciente, impaciente, é como se fosse estar à flor da pele. Parece que ajudava você no exercício te dando uma motivação de...não, não é raiva, mas é de agressividade mesmo, misturando todo aquele sentimento ali, você coloca...colocava na academia. Eu fazia assim.*

Além de encontrar lugares para "canalizar" a agressividade e impedir que ela se transforme em violência, as falas deles sobre esse assunto trazem o que seria uma estratégia discursiva de atenuação desse excesso. Não acredito que seja algo deliberado, talvez nem consciente, mas foram raros os usos de categorias como "agressividade" ou "violência" para falar de si; essas palavras apareciam quando se referiam a outros usuários, ou quando a mencionavam como um efeito consagrado da testosterona, mas dificilmente foram apresentadas como um atributo deles mesmos. Mesmo quando eu usava "agressividade" na pergunta, a resposta deslizava para diversos outros eufemismos. "Impaciência"/"impaciente" era o mais comum, mas eles também se descreveram como "intolerantes", "nervosos", "impulsivos", "irritados", "estressados", "agitados", "irritadiços", "com pouca concentração", "assertivos", "estourados", "de pavio curto", ou, de forma ainda mais genérica, se referiam a uma "alteração" ou "mudança" de humor. Isso me levou a pensar que inclusive a "explosão" a que Jorge (CH) se refere quando diz que "*força, explosão e libido*" são os principais efeitos da testosterona seria, na verdade, uma outra forma de explicar uma difusa agressividade.

A ideia de uma "explosão" que permite ao homem determinadas proezas físicas é bem presente na etnografia de Cecchetto (2002). Enquanto, no meu caso, a "explosão" levava a uma melhor performance na musculação (ou no sexo), entre os lutadores de jiu-jitsu de Cecchetto, o uso de anabolizantes antes de competir cumpriria o papel de dar aquele "a mais" que poderia encerrar uma luta em dez minutos.

> Segundo os lutadores, as bombas dão "explosão", uma categoria nativa para referir o desempenho competitivo arrojado, mas provocado intencionalmente pelo uso de medicamentos que aumentam o rendimento físico [...] Estas drogas, como afirmam os informantes que dão "explosão" com o uso continuado, permitem que se vire "um louco no tatame" (CECCHETTO, 2002, p.169).

Assim, se para os lutadores, a agressividade é um dos efeitos buscados com o uso da testosterona, entre meus interlocutores, ela é bastante mal vista. Para Ivan (TH), a agressividade é necessariamente sinônimo de violência, que ele afirma jamais ter sentido em tantos anos de uso. Por outro lado, comenta que outros homens trans com quem tem contato de fato percebem esse efeito.

> *Eu acho isso um mito!* [...] *Eu já não era uma pessoa agressiva, nunca gostei de agre…eu acho agressividade um pedido de socorro, também a psicologia me ajudou a visualizar de outra maneira, quer dizer, se você pode falar, porque você vai bater? Então, nunca fui uma pessoa agressiva.* [...] *alguns reclamam que se tornaram mais agressivos com a testosterona. Eu não sei, eu acho que isso aí é uma interferência muito social.* [...] *agressão eu acho que é muito cultural. Você vive numa sociedade agressiva, você se torna agressivo.* ***Se ser homem é ser agressivo, então você vai ser agressivo porque você é homem.*** *Então é...eu acho que é uma performance! Agora, alguns colocam lá nos grupos secretos, né, ou nos desabafos comigo que ficaram muito agressivos. Não sei se já eram e foi exacerbado, ainda perguntam "isso é normal? Você...aconteceu a mesma coisa com vocês, de ficar assim estouradão?".*

Através das elucubrações de Ivan (TH), emergem alguns pontos que ficam nas entrelinhas em outras falas. Primeiro, a ideia de que a agressividade seja algo cultural, efeito de uma sociedade agressiva. Extrapolando esse raciocínio, podemos concluir que a agressividade não seria, então, efeito da testosterona. Por outro lado, se Ivan sente a necessidade de afirmar a origem cultural da violência, é porque esse ponto de vista não é assim tão consensual. Isso fica claro no segundo ponto que gostaria de destacar nessa fala: Ivan apresenta uma tautologia em relação a homens e agressividade. Ser homem é ser agressivo, e ser agressivo faz de alguém um homem. Enfatizar a circularidade do raciocínio é muito interessante, porque essa associação será apresentada de forma muita naturalizada em outras entrevistas. E, pelo visto na experiência de Ivan, será também dada de barato por outros homens trans, que realmente se sentem "estourados". Cabe acrescentar que Ivan é muito convencido da noção de performatividade de gênero, o que talvez facilite essa desconstrução em sua fala (apesar de que ele afirma que já questionava a agressividade como algo inato ao humano desde sua graduação, através da leitura da obra de Margareth Mead). Porém, o questionamento da ancoragem biológica da agressividade não vem de Ivan; outras pessoas irão pôr esse pressuposto em xeque, substituindo a "performance" por, novamente, um difuso "psicológico". "*Tem gente que você vê que o cara fica mais nervoso, mais alterado, mas muita gente é muito psicológico.* [Isso nunca aconteceu com você?] *Não, não, não* [...] *Eu acredito que é mais psicológico*", afirma Jorge (CH). Entretanto, psicológico ou bioquímico, as pessoas relatam um aumento de agressividade. Mais interessante talvez seja a percepção de que quem fica agressivo seja sempre um "outro".

Várias das reflexões do último parágrafo aparecem também na fala de Flávio (TB), outro que não se sente mais agressivo com a testosterona, mas se pergunta se talvez outras pessoas percebam essa mudança, ainda que invisível aos seus olhos.

> *Tem uns que vão dizer que se sentem mais homens, que isso, que aquilo outro né, que ficam mais estressados, que não sei o que, porque eles atribuem o estresse e...libido, essas coisas todas, à masculinidade, né?* [Então, você não associa o uso a uma agressividade, impaciência?] *Não, pra mim não* [risos] *Eu escuto muito relato de menino que sim. Eu não sei, pode ser que eu não perceba também, mas eu não...eu não me percebo muito diferente hoje do que era antes.* [...] *É, e também acho que rola essa coisa psicológica assim de...de...de atribuir à testosterona todas as...até o machismo!* ***"Ah, eu sou machista agora porque uso testosterona"*** [risos]. *Sabe, sei lá, acho que pra mim...eu me vejo, eu me sinto, me percebo muito parecido assim em termos de...é claro, um pouco mais maduro, menos impulsivo do que era antes, mas aí pela idade assim, mas essa coisa da agressividade, bá, bá, bá, não acho que mudou muita coisa, não.*

Numa fala ainda mais explícita que a de Ivan (TH), na qual qualifica claramente como machismo, Flávio (TB) repete a associação, feita pelos outros, entre masculinidade e agressividade. Na tentativa de negá-la, e talvez explicar o porquê de não perceber tal efeito em si, irá citar um componente psicológico, num sentido de indução, de efeito placebo da testosterona. Mauro (TP) é também muito taxativo nesse ponto: "*Eu acho que isso é um machismo*, *eu nunca senti diferença em relação à agressividade*".

De toda maneira, uma fórmula que se repetiu nas entrevistas foi: eu não sou agressivo, mas conheço pessoas que são. "*Nem agressividade, que eu já vi pessoas relatarem, eu também não tive*", afirma Sílvio (CG), numa fala idêntica à de Renato (TG). Essa associação se torna tão óbvia e tão esperada, que até surpreende quando não é percebida. Vejamos a fala de Frederico (TH).

> *Eu tinha muita preocupação com relação à agressividade, que eu tanto lia, que falava "ah, que testosterona torna os meninos agressivos, nã, nã, nã". Eu não senti isso, né? Eu tinha medo, realmente, de ter essa agressividade, e não, penso, pelo menos no meu caso, penso eu que se houve alguma agressividade, foram questões muito pontuais, muito específicas, era com relação à própria transfobia que eu sofria no próprio meio da Guarda, né?* [Então essa agressividade que você tinha medo nunca veio?] *Não, não veio. Sério!*

Se Frederico demonstra preocupação em tornar-se agressivo, Otávio (CG) não esconde uma certa vergonha quando se viu nesse lugar. Numa fala muito truncada, reticente, gaguejando muito, desviando o olhar, ele tenta ao máximo separar questões da personalidade dos efeitos da testosterona. Se a força e a libido têm resultados muito visíveis (músculos e ereção), a agressividade é mais difusa, e talvez isso explique a dificuldade nas respostas.

> *Não* [hesitante] *Não sei se tam...a minha...a minha personalidade, às vezes, é bem forte né, então pode ser que isso esteja ligado à personalidade do sujeito, né, então assim, eu não...não...não...percebi, não tive problemas nesse aspecto.* [...] *na verdade, uma vez, no mercado, tipo...eu fui reclamar de uma vendedora, e eu percebi que eu fui muito...excessivo, então percebi que foi...que foi nessa época.*

> *Então assim, mas...foi o único caso, entendeu, não sei se tá ligado, tem a ver com o caso, ou então se eu...uma outra situação qualquer. Não...não...não...não sei.*

Ainda nesse mesmo assunto, Otávio (CG) diz que a pessoa mais indicada para saber se há um aumento de agressividade seria uma pessoa próxima ao usuário, como um namorado ou um parente. A ideia de que você não percebe, mas alguém próximo talvez seja capaz de identificar uma "alteração de humor" apareceu com alguma frequência. Para Augusto (TH), foi exatamente suas reações com os parentes que exemplificam o aumento de agressividade que sentiu com a testosterona.

> *Sim, eu fiquei muito agressivo no começo!* [...] *estourava fácil assim. Eu sou um pouco assim mesmo, mas é menos! Com a…depois que comecei a tomar ficou muito assim. Eu tava me percebendo assim, chato! Eu gritava com a minha tia a toda hora, e também…eu já tenho esse problema de concentrar, e eu fiquei com mais ainda problema de me concentrar, de concentração. Eu não tava conseguindo me concentrar para escrever, por exemplo. Eu não tava conseguindo*. [Aumentou a ansiedade?] *É, aumentou, aumentou...aumentou! Mas eu já ouvi também outros meninos falando isso, que tem problema de concentração...tiveram problemas de concentração depois.* [...] *No meu processo, eu fiquei agitado. Não fiquei disperso, não, fiquei muito mais agitado.*

Talvez algo que mantenha essa associação tão enraizada no imaginário das pessoas seja o fato de que ela é legitimada em discursos oficiais. Logo antes de seu primeiro encontro com a testosterona, o médico que acompanhava Leandro (TH) achou necessário ter uma conversa com ele e sua companheira.

> *Na época ele me chamou, e chamou a* [companheira] *e disse assim* [...] *"olha, o hormônio, ele tem efeitos físicos e tem efeitos emocionais. O que eu sugiro pra vocês, sugiro pra você, que você fique muito atento ao que ela te disser...que pode acontecer de você ter assim,* ***rompantes de agressividade****, mudar um pouco a sua forma de se comportar e tal, é importante que vocês estejam atentos a isso também". Eu falei, "tá bom". 2008, 2009, foram muito tensos nesse sentido, muito marcados por isso e eu comecei também a sentir também um pouco mais de* ***assertividade****.* [Isso na vida?] *Na vida, na vida. Eu fui ficando um pouco mais...****pavio curto****, talvez?* [...] *mas, ao mesmo tempo, foi uma coisa boa, que também eu acho que é...o circuito depressivo, ele foi cantando pra subir, sabe? Tinha uma coisa de defesa de um certo lugar espacial, de um certo lugar no mundo, de acreditar que era possível, de que eu era possível, eu era um projeto viável!* [Essa assertividade, você acha que isso é a tal agressividade que o médico tinha dito?] *É, ele...eu acho que ele apontou para uma coisa mais...uma preocupação com uma violência*. [Ah, uma coisa mais física?] *Exato, a preocupação dele pra mim foi essa. Isso nunca aconteceu.* ***Eu acho que isso interage, obviamente, com as tuas características fundamentais****.* [...] *É, eu acho que...talvez o hormônio, ele te autorize mais a isso, ele te dê permissão pra isso. Mas não, não aconteceu nenhum episódio violento, nem lá no plano da relação íntima com a* [companheira]*, nem na vida assim de...conflitos...não, não tenho registros disso...interpessoais, assim.*

Esse trecho deixa bem claro o que venho tentando argumentar. Ao passo que o médico preveniu sobre uma violência física, Leandro (TH) associou uma ideia de agressividade a uma assertividade na vida, que era, aliás, muito bem-vinda. Além disso, a partir do discurso médico, uma outra saída para lidar com a agressividade excessiva se delineia. Admitir que

essa seja uma característica inerente ao homem ou à testosterona pode de alguma maneira desculpar; deixa de ser uma falha moral, e se torna uma questão química. O fato que homem e testosterona sejam intercambiáveis na frase acima só reafirma meus argumentos nessa tese. Flávio (TB) me pergunta, "*não sei até que ponto é verdade de que aumenta essa agressividade, se tem, de fato, alguma comprovação nesse sentido assim, que aumenta a agressividade*". Para o médico de Leandro (TH), tem sim. Roberto (CG), que é farmacêutico, parece também concordar. "*Eu acho que fiquei sim mais agressivo, até porque junto, eu tava tomando DHEA, junto, né, então potencializa mais ainda os efeitos da testosterona. Aí eu senti que teve um aumento da agressividade, irritabilidade, né, irritabilidade. E até meio impaciente!*". Um dos poucos que diz ter ficado mais agressivo, Roberto (CG) admite, mas rapidamente escapa para uma irritabilidade, uma impaciência, que diminui a conotação de violência que a palavra agressividade imputa. Admitir a agressividade como efeito pressuposto da testosterona (e do homem), para então diluir seu conteúdo mais "físico", também aparece na história de Claudio (CH).

> *Então, é porque a gente faz um ciclo muito longo, então a gente não vê efeito prático na hora, que a gente já está acostumado. A gente já tem uma memória, tem receptor, já está acostumado com a testo, mas o que falam muito...quem convive comigo, eu não percebo, mas quem convive, diz que o humor muda, entendeu?* ***Você aumentando a testo e, pior ainda, diminuindo o carbo, seu humor, seu pavio zera!*** *Você é, enfim, fica alterado e você não...acaba não percebendo isso. Você tem que segurar a onda para não afetar a quem está ao seu redor.* [Você fica mais intolerante, mais impaciente, é isso?] *Mais intolerante, eu acho.* [Ou mais agressivo mesmo?] *A gente segura a onda, entendeu? A gente não...não fica agressivo. Não sei se as pessoas que fazem uso* [...] *raramente, se ficam agressivas, porque a testo, hormônio masculino, se você não está acostumado e joga a testo lá em cima você vai ter um...uma...uma* ***potencialização nos seus efeitos masculinos****, né? Agressividade é uma. Mas a gente que faz uso frequente, a muito tempo, não.* [...] *Não, não tem...não tem agressividade, não tem...a única coisa é o humor que muda, mas não é nem por causa da testo, é por causa do carbo, da alimentação.*

Assim, é uma mudança de humor, é a falta de carboidrato, é um uso pontual da testosterona, é qualquer outra coisa que irá fazer com que os outros desenvolvam um "efeito masculino" do hormônio. Isso não irá acontecer com ele, pois, como um usuário crônico, de longa data, Claudio (CH) possui o autocontrole necessário para "se acostumar" e evitar o pior de seus efeitos. Vale comentar que tanto Claudio (CH) quanto Jorge (CH), ambos fisiculturistas, constroem uma imagem de si muito profissional, de forma a evitar os estereótipos mais comumente associados ao usuário de anabolizante. Sempre com falas muito técnicas, o que lhes garante legitimidade, esses homens se diferenciam de um usuário "ocasional" de testosterona, que é descrito como um irresponsável, que sofre com efeitos mais "agudos" do hormônio decorrente de usos mais leigos e "errados" do anabolizante. Isso fica

claro analisando a fala de Samuel (CH), que, sem dúvida, se encaixa nesse "outro" do discurso dos fisiculturistas profissionais.

> *Mas o Dianabol, a única coisa que eu percebi foi a mudança de humor mesmo. Ficava é...a irritabilidade muito mais rápido. Qualquer coisinha eu ficava estressado.* [...] *Uma impaciência. O nível de estresse, por qualquer coisinha já...já me tirava do...do sério.* [Você já é uma pessoa esquentada?] *Já sou uma pessoa mais esquentada, mas eu senti que...aumen...não, aumentou um pouco a...passou um pouco do...do...do...do que eu já me conhecia, do meu normal.*

Nesse ponto, há um outro paralelo com a etnografia de Cecchetto (2002). Os lutadores experientes (os "casca-grossa") são mais responsáveis, dominam as técnicas do jiu-jitsu e não se envolvem em "brigas de rua"; já os "novatos" são brigões e utilizam anabolizantes de forma descontrolada, ganhando competições com muita força e pouca técnica. Porém, a contradição fica explícita quando a pesquisadora pergunta a um professor veterano sobre o uso de "bombas", e ele afirma ser contrário ao uso para, logo em seguida, dizer que ele próprio usaria. Quando ela aprofunda a questão, ele argumenta que usaria para algo muito pontual, sugerindo um controle sobre a droga que os outros não teriam. Ao dizer que ele usaria, mas condena o uso nos outros, o argumento é justamente que "mexer com a testosterona" é complicado porque "o cara fica muito agressivo" (CECCHETTO, 2002, p.173-5).

Assim como nos outros efeitos, parece haver diferenças relativas a qual substância você utiliza. João Pedro (CG) nos traz um bom exemplo disso. "*Não, não percebi nada. Eu percebi isso quando eu tomei o Winstrol, entendeu?* [...] *Eu me sentia mais impaciente com as coisas, entendeu? Isso eu senti! Mas com* [DHEA] *não, nada!*". Essa diferença está presente na fala de Mateus (CH).

> *A segunda que eu acho que teria que dizer assim, cara, principalmente quando eu tomei por conta, porque aí era a dose que eu achei que era o recomendado, e ainda não era mais o Durateston, era o enantato, que assim, muito mais forte assim do que eu já tinha tomado. Ah, cara, efeitos de humor, assim, parecia que* ***eu vivi meses de TPM****! Qualquer coisa, o pavio era muito curto! [..] Muito impaciente, irritadiço, qualquer coisa me tirava do sério. A sensação...o comparativo que eu consigo fazer é assim, vivi de TPM nesse período.* [E com outros esteroides, você não tinha?] *Não sentia nada! Alteração de humor quase nenhuma, cara! Mas assim, com a testosterona, pra mim isso foi uma coisa que pegou bastante. Qualquer coisa, tipo, ARGH!, perdia a linha assim de...lógico, não de ir pras vias de fato nem nada, mas sabe assim...qualquer argumentação...me sentia assim, bem mais à flor da pele! Acho que nesse sentido, a testosterona fez a diferença.*

O que chama atenção nessa fala de Mateus (CH) é a inusitada aproximação de uma noção de agressividade, masculina por excelência, com uma das características mais estigmatizadas da feminilidade, a tensão pré-menstrual, símbolo do suposto desequilíbrio emocional (e hormonal) das mulheres. É uma característica de Mateus falar abertamente sobre sua intensa relação com o anabolizante, e é notável que ele fale do seu pênis (ereto ou não), da

sua força sobre-humana, dos seus 50cm de bíceps, e toda uma sequência de atributos ultra masculinos com a mesma tranquilidade com que se descreve "à flor da pele", sem o menor medo de uma possível feminilização. Essa aparente contradição lança luz sobre algumas características da masculinidade hegemônica que são mutuamente excludentes. Como pode um homem ser agressivo, e ter capacidade de responder violentamente em defesa de sua honra, se ele precisa, antes de tudo, demonstrar autocontrole e uma capacidade de contenção de sentimentos? Usando a palavra com outra conotação, não seria o recurso à violência física uma "explosão" de sentimentos interdita ao homem?

Por outro lado, uma certa agressividade é imprescindível para a masculinidade. O *self-made man*, representado contemporaneamente pelo CEO de uma multinacional, é um dos maiores estereótipos da masculinidade moderna conforme descrita por Michael Kimmel (1998, p.111); um homem ansioso, estressado, que passa a maior parte do tempo no ambiente de trabalho com outros homens. A competitividade, outra característica marcante de masculinidade, é constante na vida desse homem, e, por isso, faz-se necessária uma postura mais agressiva – inclusive, essa palavra é utilizada em vários treinamentos de recursos humanos. Um homem precisa saber se impor, e aquele que não o faz, será taxado de passivo, "frouxo", e perderá a disputa para outros homens, mais proativos. No esporte, a agressividade também será enaltecida; ninguém ganha uma competição com uma postura apática. No futebol, por exemplo, é comum que os comentaristas, discutindo se um "carrinho" configurou uma falta ou não, se refiram ao lance como "uma entrada viril", que não seria falta. Ou seja, foi um lance agressivo, mas não faltoso, haja visto que é esperada certa violência em esportes de contato como o futebol. Não à toa, o trabalho e o esporte são arenas idealmente masculinas (assim como a própria "arena" também o é). Novamente, o que irá diferenciar a boa agressividade, que enaltece o homem, da má, motivo de vergonha e humilhação, será o autocontrole.

8 **E DEPOIS...**

Depois de um feliz encontro com a testosterona, os homens finalmente poderão colher os louros da sonhada modificação corporal. Num primeiro momento, os efeitos implicam uma percepção do indivíduo sobre si: a ideia é se olhar no espelho e gostar da imagem, que deve ser correspondente às noções de belo cultivadas por esses homens. Nesse jogo de fazer-se um novo corpo e admirá-lo, se reforça a ideia de uma fascinação narcísica, que poderia orientar nossa compreensão para um culto que se encerra no próprio indivíduo. Porém, o que pude observar é que esse ritual se prolonga para além de uma fascinação autocentrada. A relação de máximo prazer, que tornará estável o relacionamento com a testosterona, vem apenas da sociabilidade, quando a modificação corporal for exibida e percebida pelos outros.

Nesse processo, o corpo se transforma, segundo César Sabino (2002, p.144), numa vitrine, "que ostenta eterna juventude, saúde, força e beleza – com músculos e baixa porcentagem de adiposidade". Para tal, o novo corpo precisa ser reconhecido, dentro de um sistema de valores próprio, que ao mesmo tempo forja identidades, proporciona prazer e regula o uso, no sentido de Howard Becker (2008). A modificação percebida pelo outro, e o elogio que dela decorre, é o que tem justificado e balizado tanto os riscos quanto a disciplina envolvida no uso da testosterona. O acionamento desses mecanismos de obtenção do prazer e regulação parece constituir um código de benignidade[245] para o uso da testosterona, ou seja, o que aquela corporalidade poderá restituir socialmente justifica os meios, seja em termos de "força", "beleza", ou numa "aparência normativa do gênero". Além, e para fora do círculo do uso, afirmar a ilegalidade diz menos sobre questões jurídicas, e mais sobre uma legitimidade conferida ao que é legal e moralmente aceitável em nossa sociedade. Assim, ainda que fazendo acompanhamento médico e comprando testosterona na farmácia com uma receita médica (não falsificada ou contrabandeada), o uso do hormônio é frequentemente considerado pelos outros como desnecessário, quando não é diretamente criticado. A comparação com drogas ilegais aparece aqui num tom acusatório, que obriga esses homens a justificar seu uso, de forma a afastar a pecha de "drogados".

Diferentes respostas serão dadas às acusações, em função também de qual a relação do homem com as pessoas que criticam, e qual o tom dessas críticas. Nesse sentido, três

[245] Utilizo a noção de "benignidade" inspirado no trabalho de Claude Fischler (1995), no qual o autor argumenta que a imagem social de uma certa corporalidade, seu modo de constituição e seus usos advém de diversas compreensões que serão capitalizadas e percebidas com base naquilo que podem restituir à coletividade.

caminhos se destacaram nas entrevistas. O primeiro, mais medicalizado, apresenta a questão como um problema de saúde. Uma segunda via se ancora numa noção de qualidade de vida, obtida através de um aprimoramento orgânico. E, por fim, uma terceira resposta é mais assumidamente hedonista, e menos preocupada com possíveis julgamentos morais. Novamente, essa não é uma classificação estanque, e as pessoas poderão acionar diferentes respostas em diferentes situações. É mais fácil assumir que as justificativas irão mudar ao longo do tempo, a partir de uma série de fatores que influenciam a vida e as opiniões desses homens. Como argumenta Erving Goffman (2008), diferentes estratégias de manipulação do estigma serão adotadas a partir de cada interação social específica que a pessoa estigmatizada se vê envolvida. Mas, em linhas gerais, parece haver uma preferência por um tipo de justificativa, havendo pequenos ajustes em decorrência do público.

Ainda que exista certa maleabilidade, uma maior fidelidade a uma dessas possibilidades de resposta irá influenciar outros aspectos da relação com a testosterona. Assim, quem considera necessário manter sigilo sobre o uso, ou, inversamente, faz questão de assumi-lo publicamente? Esse homem deixará pistas para que outros encontrem a testosterona, ou guardará para si as informações obtidas? Dará conselhos para outros usuários que porventura encontre, ou adota uma postura de "cada um na sua"? Caso identifique alguém na mesma situação que ele antes de encontrar a testosterona, sugere o uso, ou só fala se for perguntado? As respostas a essas perguntas serão o assunto desse capítulo.

Uma última questão encerra essas elucubrações sobre a relação dos homens com a testosterona. É inegável que, ao menos sob determinadas circunstâncias, a testosterona pode levar a graves problemas, e esses homens não ignoram essa faceta perigosa do hormônio. Todavia, como comentei rapidamente no capítulo anterior, é preciso insistir para que eles identifiquem consequências negativas do encontro com a testosterona. Isso significa que a testosterona é segura, e todas essas notícias são um pânico moral? Para meus interlocutores, não, há um certo exagero, mas existem situações complicadas em decorrência do uso. Porém, não com eles. Da mesma maneira que ocorre em outras situações estigmatizadas, o problemático é sempre um "outro", anônimo e distante, mas que concentra tudo de ruim que a testosterona pode trazer. Sobre esse outro, serão imputadas as mesmas críticas (injustas, para eles) que meus interlocutores receberam. Esses usos, sim, são descontrolados, irresponsáveis, exagerados, e até fatais.

8.1 **Ganhos sociais: "*mamãe tô forte, garotinho sou gostoso*" ou "*eu virei um fetiche*"**

Mas antes de chegar no outro da testosterona, tomemos algum tempo para observar as consequências mais imediatas do encontro. O corpo muda, o que é inquestionável. Alguns comportamentos também mudam. Na pior das hipóteses, o humor desses homens muda. Mas a mudança de maior impacto é no modo como esses homens passam a ser percebidos por outras pessoas. Ainda que não se consiga atingir o grau de modificação corporal desejado, sendo as mudanças perceptíveis, e em direção à forma física considerada ideal, garante-se uma mudança de status importante. Para muitos deles, essa forma física é sinônimo de beleza, o que confirma o ideal de masculinidade que Mosse (1996) descreve, calcado num corpo forte e belo. Embora os corpos de meus interlocutores variem em tamanho e forma, a flexibilidade no padrão e no que se entende por beleza masculina é pequena; varia, mas varia pouco. O corpo belo é um corpo esbelto[246] e musculoso. Gostaria muito de dizer que essa é uma percepção singular dos meus interlocutores; porém, o que fica claro pelas reações que eles relatam ao seu corpo pós-testosterona é que a sociedade, de maneira geral, valoriza justamente essa corporalidade, o que sugere que a ideia de benignidade do uso é expansível para fora do círculo de parceiros e atinge a sociedade como um todo.

A procura por se adequar ao padrão tende a ser maior entre aqueles que estiveram muito fora dele em algum momento de suas vidas. Evandro (CG), que afirma ter sido "obeso" no passado, me falou que decidiu tomar testosterona para emagrecer, e para se adequar a um padrão. Perguntei-lhe então que diferença faria ter um corpo dentro dos padrões.

> *Estereótipo mesmo, de tudo, de tudo! É, sim, até no trabalho, até no trabalho!* [...] *Por exemplo, a pessoa obesa, gorda, é tida como desengonçada, é....estabanada, é sim e ponto! Isso aí não tem como falar, não!* [...] *eu não sei se é a minha visão, ou a visão que o mundo me passou e eu absorvi, mas é exatamente isso, uma pessoa descontrolada. Magro com certeza tem distúrbio, só que muitas das vezes não é na comida, às vezes é em outra coisa, é cigarro, é droga, é outra coisa, e não tem como perceber, mas, quando esse distúrbio é na comida fica muito, sabe, visível e palpável para as outras pessoas.* [Você, hoje, está satisfeito com seu corpo?] *Não, satisfeito eu nunca vou estar com o corpo!*

Toda a entrevista de Evandro (CG) é muito marcada por um discurso medicalizante e muito negativo, falando em distúrbios, drogas, problemas de saúde. Nesse trecho, vemos como ele organiza as possibilidades de forma corporal em dois polos, ambos problemáticos.

[246] Ligia Amparo Santos (2008, p. 30-1) define a esbelteza como a preservação de uma proporção corporal entendida como ideal e generificada: para as mulheres, importaria a proporção da cintura em relação ao quadril; para os homens, os ombros em relação aos braços, e o peitoral em relação ao abdome.

De um lado, o gordo descontrolado e estabanado; do outro, o magro, doente e drogado. O corpo ideal é o intermediário, em algum lugar entre esses extremos imorais e/ou medicalizados, o corpo forte. Para Evandro (CG), se adequar ao padrão é estar nesse meio, algo, contudo, que está no campo do ideal, que ele nunca irá de fato atingir, pois ele nunca encontra satisfação. Em nenhuma outra entrevista, essa busca incessante pela forma física perfeita, em si inatingível, fica tão clara quanto nessa fala. Porém, o uso recorrente de testosterona dá um indicativo de que esses homens realmente permanecem buscando o corpo ideal.

Nessa linha, Flávio (TB), mesmo sem acionar a gramática da doença, também relata seu incômodo em "ser gordinho", agravado, porque, ao contrário de Evandro (CG), a testosterona não o deixou magro.

> *É meio frustrante para mim porque acho que todo homem trans quando começa a transição, e começa a usar hormônio, ele se imagina um cara forte, sarado* [...] *eu achava que ia ser um negão assim né, daqueles...daqueles fortões e bá, bá, bá, cheio de músculo, mas assim, não...não faz parte da minha realidade assim, não consigo* [...] *não é só o impacto social de ser um cara negro, é que a negritude, né, muito associada a essa coisa viril, àquela masculinidade viril, àquela masculinidade do cara pauzudo...do negão né, aí você ser...você ser um neguinho, gordinho né, você não é um negão, você é um neguinho, já é gordinho e já...e já não tem o pau, e aí...* [risos]

Vale ressaltar que essa fala de Flávio é a mais decepcionada de todas com a ação da testosterona, tanto que ele é um dos poucos que diz não ter certeza se continuará usando o hormônio. Nas outras entrevistas, o desejo pelo padrão de beleza também é central, mas, nesses outros casos, a testosterona garantiu um novo lugar, bem mais confortável. Um corpo "maior", que evoca respeito e até admiração. É o que conta Mateus (CH).

> *Pô, a presença! Você chega no lugar assim...mais admirado e tal, esse tipo de coisa. Logicamente, nem sempre é o tipo de atenção que o cara quer atrair, mas...que eu acho que muda até a sua atitude em relação de* [...] *como eu me sinto. Eu chego diferente em qualquer ambiente, né? Então, porra, eu tô me sentindo no meu melhor que eu já tive na vida, então, cara, isso* [...] *tem um efeito aí sim das questões que a gente falou, do mental, de como você se sente, a predisposição a conversar, a ser mais simpático, a se sentir mais atraído, a, né, se sentir o foco dos olhares. Então isso é bem legal nessa relação toda aí.*

Ser "o foco dos olhares" é positivo em diversas situações sociais, mas os maiores ganhos dessa atenção toda parecem ser no campo do erótico, mesmo que narcísico. Nos termos de Bourdieu, o corpo musculoso se converte num capital erótico, e é comum que haja um aumento significativo de pessoas dispostas ao flerte. Quando perguntei para Roberto (CG) se a mudança no seu corpo favorecia esse tipo de olhares, ele respondeu que

> *sim, com certeza! As mulheres...e os homens...exaltam esse corpo bonito né, "ai, que gatão, ai que gostoso", e tal. A gente vê nas redes sociais, compartilhamento de homens bonitos, fotos de homens bonitos, sarados, malhados, né, então acho que*

> *contribui sim.* [Isso aconteceu contigo?] *Ah, sim, com certeza, com certeza! A gente se sente com a autoestima maior, e começa a postar fotos do peito, né, aí vão curtindo, elogiando, dando em cima, indo no* chat *privado dar em cima da gente* [risos].

Para além de um aumento no número de pessoas dispostas a "dar em cima" deles, esses homens falam, com surpresa e orgulho, sobre a atenção de pessoas que eles consideram que, antes, dificilmente se sentiriam atraídas por eles. "*Muitas das pessoas já te olham diferente, principalmente as mulheres. Tem mulheres, por exemplo, que nunca te olharam, aí, quando você está com um corpo melhor, ela já...já te olha bem melhor!*" (Antônio, CH). Não apenas as mulheres olham diferente, pelo visto na experiência de Rubens (CG).

> *Olha, vou te falar, eu passei por uma fase "come ninguém", tipo não pegava ninguém! Tipo, eu saía de noite* [...] *eu ia me divertir mesmo, diversão. Agora, realmente, eu tomo cantada em qualquer lugar, tipo, se estiver com roupa de academia então...cara, tem vezes que eu me sinto* [...] *eu virei um fetiche!* [...] *eu sempre saí com cara de academia, mesmo quando eu era muito magro* [...] *Só que agora mudou! Agora eu consigo sair e ficar com eles na noite, porque, antigamente, na noite, eles não me queriam, eles queriam de uma forma clandestina, né? Eu era a amante, realmente, eles têm marido em casa, que é bonito, que é sarado, que é malhado, e saíam comigo na rua. Eu mudei de categoria agora, né, agora eu posso sair e estar em pé de igualdade, tanto é que eu não frequentava* The Week[247] *por causa disso, não tinha objetivo algum. As duas vezes que eu fui, as pessoas nem olhavam na minha cara...então eu vou fazer o quê lá?*

Entre meus interlocutores gays, a boate *The Week* (também chama de *TW*) foi um assunto recorrente. Conforme observado por Isadora Lins França (2012), a *TW* se destaca entre as maiores casas noturnas da América Latina, e é conhecida entre o público gay como um reduto de *barbies*. Um hábito comum é que seus frequentadores, pouco depois de entrar, tirem a camisa, o que supostamente teria duas razões: a primeira, mais criticada pelos que não são musculosos, seria apenas pelo desejo de exibir o corpo; a outra, mais apologética, seria devido aos efeitos de aumento da temperatura corporal e sudorese causados pelas substâncias estimulantes que são largamente utilizadas por esse público. A boate tornou-se um símbolo do estereótipo da "bicha fútil", que só malha, gasta muito dinheiro (a *TW* é mais cara do que suas concorrentes), e, o que é considerado muito ofensivo pelos outros, só interage (inclusive, e principalmente, em trocas erótico-sexuais) entre si, com seus iguais, como é perceptível pela fala de Rubens (CG) acima. Assim, a *TW* configura um espaço privilegiado de culto ao corpo musculoso e esbelto, específico entre homens gays (FRANÇA, 2012). Essa descrição da *TW* é um lugar comum entre homens gays, corroborada pelos meus interlocutores.

[247] A *The Week Comércio de Bebidas & Buffet* é uma casa noturna voltada para o público gay fundada em 2004, em São Paulo, mas que, rapidamente, tornou-se a maior *boate* do Brasil e da América Latina. O sucesso levou à abertura de uma filial no Rio de Janeiro, em 2007, e em Florianópolis, em 2008.

> *Eu sou uma das que criticam* [a exposição do corpo na boate]. *Eu não gosto desse tipo de boate que todo mundo vai lá tirar a camisa pra ficar se exibindo. Eu não curto esse tipo de* boate*, eu nem vou,* The Week *e tal, prefiro outras* boates *mais assim, um pouco mais recatadas e tal, mais vestidas* [risos]. *Deixa para tirar a roupa quando tiver entre quatro paredes, acho que essa é a graça!* [Risos] *Claro, com certeza existe culto ao corpo. Lá o que fica é a superficialidade, né?* (Roberto, CG).

Para além disso, esse culto ao corpo musculoso seria mais pronunciado entre homens gays do que entre heterossexuais. Quando perguntado se haveria essa diferença, Evandro (CG) é taxativo: "*Com certeza!* [As *barbies* são] *Mega superficiais, assim, arrogantes demais!*". Otávio (CG), um frequentador assíduo da *The Week*, também concorda que haja um culto excessivo ao corpo entre homens gays[248], e comenta o hábito de tirar a camisa na *boate*.

> *É claro que existe, o meio em que eu convivo é um meio muito cruel, né, as pessoas, elas olham muito para o corpo. O fato de você emagrecer já é "nossa, tá magro, hein?" e para mim, isso é a morte! Eu gosto de estar né...gostoso, entre aspas, então eu* [...] *fiquei bem mais tranquilo de ficar sem camisa.* [Antes você não tirava a camisa*?] Tirava, mas ficava meio com vergonha* [...] *Depois você tira melhor...você tira mais, tira bem melhor*. [...] *Você fica bem mais à vontade, fica bem mais, né...bonito, enfim...você...é outra coisa, é outra coisa, você fica pertencendo ao meio, né?*

Tirar ou não a camisa tem importância não apenas porque irá definir o seu lugar no mercado sexual, mas porque a prática se tornou um signo de um determinado grupo (as *barbies*), e ser aceito nesse grupo fará com que você deixe de ser excluído e passe a "pertencer ao meio". Vejamos o exemplo de Sílvio (CG).

> *É, sim e não, assim, teve...eu tive fases.* [...] *acho que mais no início, no primeiro ciclo, talvez no segundo, que eu realmente malhava muito mais, acho que foi onde eu consegui um volume maior, e na época, esse meu amigo* [...] *ele cresceu muito mais, e a gente na época, realmente, ia muito à* TW *e tava solteiro...tirava a camisa e tudo, acabava ficando nesse meio, mas assim, alguns amigos, tudo meio que preconceituosos com esse meio, me colocavam nesse segmento* [das *barbies*] *mas eu nunca consegui atingir um volume que me enquadrasse naquilo. Então, eu era...mesmo quando eu tomava Deca e ganhava volume, eu ainda ficava definido e pequeno, então* [...] *não me identificava nesse grupo. É uma coisa que as pessoas* [...] *tem uma ideia muito errada, porque acham que qualquer pessoa com anabolizante vai ficar gigante. Não é verdade!*

Nesse trecho, vemos que Sílvio, apesar de não se identificar com esse grupo, reproduzia alguns de seus comportamentos, encorajado, em grande medida, pelo processo de modificação corporal. Ficar sem camisa, seguindo o rigor ritual dos frequentadores da *TW*, ainda que não se considerasse grande o suficiente, foi o bastante para ser classificado como *barbie* por outros amigos. A menção à solteirice sugere que havia alguma intenção erótica,

[248] Para os interlocutores de França (2012, p. 97, grifos no original), esse culto ao corpo é mais pronunciado no Rio de Janeiro do que em São Paulo: "um entrevistado que encontrei na *TW Rio* me disse que lá a *ditadura do corpo* era muito maior, que era *inacreditável o tamanho de alguns caras*, e que ele se sentia *muito pior* por não *ser bombado*".

mas, independente de quais fossem suas intenções, ou de como ele percebesse o próprio corpo, o olhar do outro, dos amigos, foi fundamental para definir a classificação (acusação) de Sílvio como *barbie*, ao perceber sua forma, seu potencial erótico naquele contexto e seu gesto/performance.

Essas falas podem dar a impressão, obviamente falsa, de que as *barbies* só existem na *TW*, ou só agem dessa maneira excludente lá. Na verdade, o capital erótico do corpo musculoso será também acionado em outros espaços de sociabilidade gay. Nos aplicativos de encontros (na gíria gay mais explícita, "de pegação", ou seja, aplicativos de celular que favorecem encontros sexuais casuais), o mesmo *ethos* da boate se aplica, de forma que aqueles que não são "sarados" dificilmente enviam mensagens para as *barbies*, já certos de que serão ignorados, e até, como não é raro, grosseiramente rechaçados. A testosterona tem, portanto, o potencial de permitir uma aproximação de determinados corpos também nesse espaço virtual, como relata Rubens (CG).

> *Assim, eu no aplicativo eu sou considerado sarado. Eu não me acho ainda, eu não me acho, mas já me consideram como sarado. "Ah não, eu nunca vou ter chance com você, porque você é sarado", eu já ouvi isso, isso eu já ouvi.* [E entre os sarados, você é sarado ou não?] *Eu sou sarado, né?* [Risos] *Entre os sarados eu sou, entendeu? Eu não sei...há um respeito, engraçado, uma coisa meio velada, né, eles te respeitam te cumprimentam. Vamos supor, se você é amigo do X, eles não te cumprimentariam, mas hoje, como eu sou um indivíduo 2X, eles me cumprimentam!* [...] *antes eu era um diferente, hoje eu sou um deles, né?* [E o que fez diferença foi o corpo, ou alguma mudança de postura?] *Foi o corpo! Não, eu continuo sendo o mesmo Rubens de sempre! Eu não tenho aquela empáfia né, que, em geral...o uso do anabolizante tem isso, né? Eu não, eu abraço velhinha na rua, eu gosto de criança* [...] *Eu sou assim. Eu não mudei o meu jeito, eu não visto essa persona.*

A atitude excludente que é muito comum entre as *barbies* leva meus interlocutores (que seriam certamente caracterizados como *barbies*) a se desculpar, lembrando que são as mesmas pessoas de antes da testosterona, e pondo em dúvida seu rótulo como um do grupo, ainda que seja inegável que faz diferença ser um "indivíduo 2X". Essa apologia não parece presente entre os heterossexuais, que se gabam abertamente dos olhares atraídos com o corpo forte. Apesar dessa diferença, o que parece ser comum a todos os interlocutores é um certo efeito de retroalimentação: quanto mais musculoso o corpo fica, mais atenção eles chamam, mais musculosos eles querem ficar.

> *E também falando do ego né, cara. Todo mundo diz* [...] *"mulher na rua parar e olhar não tem preço", sacou?* [Você percebeu isso?] *Percebi! Tu percebe, e aquilo vai aumentando, e teu ego vai ficando cada vez maior, e aparece cada vez mais mulher te olhando. Isso é um fato, parece que quanto mais mulher te olha, mais tu acha que tem mulher te olhando, e aí tu se sente um Arnold! Sai da academia, tu acha que deve tá gigante, sacou?* (Samuel, CH).

Essa fala de Samuel favorece meu argumento de que a percepção de si será aditivada pelo reconhecimento dos outros. Quanto mais mulheres olham para Samuel, mais aumenta seu "ego", e, com isso, melhor e maior ele se sente quando vai na academia. Termina por ser uma profecia que se auto realiza: ele se sente "gigante", malha mais, e aí fica realmente maior.

> *Queria continuar crescendo. Queria ficar...queria olhar pro espelho, "porra, maneiro, ombro, costas"* [...] *Tipo, normalmente tem aquela...aquela cultura "ah, vou tomar no final do ano porque está vindo o carnaval, quero sair sem camisa", "mamãe tô forte", "garotinho sou gostoso", é foda. Mas isso, justamente, acho que pode por causa disso, de verão, tirar a camisa na rua e tal. Tem aquela coisa do...do...do ego, né?* (Samuel, CH).

Nessa fala, vemos que tirar a camisa em público parece algo que suscita bem menos reflexão para Samuel do que para os gays. Não há nem traço do tom de culpa que marca a fala de meus interlocutores gays, muito pelo contrário. Porém, deixando essa diferença de lado, percebemos a validade da fórmula: eu me olho no espelho e vejo um corpo mais forte. Essa percepção de si se converte num capital erótico a medida que os outros me olham e veem o mesmo, sancionando a modificação corporal. Esse olhar mais atento cumpre o papel de uma recompensa ao investimento feito no encontro com a testosterona. Esse ganho social, então, servirá de incentivo para que eu invista ainda mais, mesmo que não tenha sido um desejo desde o início. Na verdade, o investimento pode ser sazonal, mesmo que se repita ritualisticamente.

É o que vemos na história de Sérgio (CH), cuja vida é marcada pela "cultura" de ficar forte para o carnaval e tirar a camisa no verão que Samuel (CH) menciona. Sérgio, hoje com 39 anos, desde os 14 toma testosterona seguindo o mesmo ritual. "*Como no meu trabalho é ruim pra eu malhar o tempo todo, aí de antes...no fim do ano eu tomava pra poder malhar, poder ter ganho de musculatura pro verão*". Passado o verão, Sérgio interrompe tanto o uso do anabolizante quanto as idas na academia, até que retoma ambos ao fim do ano novamente. França (2012) observa a mesma associação entre os ciclos de testosterona e o verão feita pelos frequentadores da TW de São Paulo, para os quais o uso

> deve ser calculado de acordo com os períodos em que é mais importante ver e ser visto e em que a obtenção de parceiros pode ser maximizada. Esses períodos, no Brasil, [...] acompanham datas como o Carnaval, o Ano-Novo [...] O Ano-Novo e o carnaval acontecem em pleno verão, quando se pode ir à praia e estar sem camisa por muito tempo, reforçando a necessidade de ciclos nessa época. Ostentar um corpo *forte* decide se a pessoa será *visível* ou *invisível* na boate ou na praia (FRANÇA, 2012, p.96, grifos no original).

A repetição desse cálculo por homens gays ou heterossexuais é mais uma prova desse sistema de elogios no qual o investimento será recompensando pelo olhar das pessoas

(paquerando ou não). Em alguns casos, fica mais evidente uma busca ativa pela recompensa, inclusive através de escolhas de vestuário.

> *Eu acho que assim...presença no ambiente! Isso fica diferente até porque... acho que eu nunca fui um cara muito de postura desleixada e tal, mas, pô, você chega num lugar* [...] *logicamente, você acaba ajustando. Pô, você usa uma camisa mais justa, você também quer favorecer, quer mostrar o seu ganho, né? Quer promover esse tipo de coisa. Então, pô, qualquer ocasião o cara...até a brincadeira que os amigos fazem, né? Tipo assim, cara, sempre o cara que tá ciclando, pode tá o frio que tá, o cara tá de regata em qualquer evento, né, velho? O cara quer mostrar e tal [...] Pô, velho, o cara tá ralando, o cara tá fazendo dieta, o cara tá gastando grana...tem que mostrar, né? Tem que colher os frutos aí desse investimento!* (Mateus, CH).

Parece que a camisa é realmente uma peça de suma importância na vida do homem musculoso. A fala de Mateus (CH) confirma um elemento que esteve muito presente entre os gays: na busca pelo reconhecimento promovido pelo olhar do outro, é necessário deixar visível o que se quer reconhecido. Para que algo seja visto, é preciso que ele seja exibido, o que parece ser bem óbvio na *TW*. É nesse sentido que me referi a uma busca ativa por olhares e elogios, ainda que a mesma se dê pela exposição passiva do corpo. Assim, temos nesse sistema: a construção do corpo via testosterona – o reconhecimento pessoal no espelho – a exposição/exibição – o elogio – a regulação do investimento (aumenta, diminui ou mantém) a partir do elogio.

Nesse ponto, temos um paralelo com a pesquisa de Howard Becker (2008, p.67). Segundo o autor, para que alguém se torne um usuário de maconha, é preciso passar por três momentos: (I) aprender a forma de utilizar a substância para que ela tenha efeito; (II) aprender a reconhecer tais efeitos, e associá-los ao uso da substância; e (III) aprender que o resultado final é prazeroso. As três condições são aplicáveis ao nosso caso. Primeiro, como vimos em capítulos anteriores, o usuário de testosterona irá aprender como usar o hormônio para a modificação corporal desejada; então, ele irá reconhecer os efeitos no seu corpo, que fica mais musculoso. Porém, o prazer virá de fato a partir do reconhecimento do outro, através de olhares, elogios, mensagens em aplicativos, etc. Só então esses homens irão expressar sua fidelidade à testosterona, construindo um relacionamento estável. O fato de Flávio (TB) não ter se tornado um "negão fortão", e não ter percebido um ganho social com a testosterona, por exemplo, o leva a pensar em abandonar o uso.

Enfim, se concordamos com essa equação, parece claro que o suposto "culto ao corpo" não está presente entre os frequentadores da *TW* apenas, mas seria, de fato, uma característica de nossa sociedade, como defende Hoberman (2005). Nesse sentido, Roberto (CG) argumenta.

> *Ah não, da sociedade, não é exclusivo do mundo gay, não! Até porque eu vejo pessoas que não são gays que utilizam né, e a gente vê lá várias mulheres elogiando né, o cara e tal, então acho que não é exclusivo do mundo gay, não!* [...] *Eu acho que a diferença de gay ou hétero é porque o gay ele não tem essa...repressão tão forte com relação à mulher. A mulher tem que ser recatada, o homem não. Então, o homem gay, ele pode dar mais em cima do cara* [...] *do que a mulher.*

Assim, a diferença seria falsa, ou, no máximo, efeito da assimetria de gênero que impera em nossa sociedade e impede as mulheres de serem tão diretas nesse sistema de elogios quando os gays são[249]. A fala de Fernando (CG) vai na mesma direção. Para ele, contudo, essa valorização da musculatura entre gays está no passado; atualmente, teria se expandindo para além dos espaços gays, nos quais estaria até desaparecendo.

> [U]*m padrão de beleza que tava muito em voga na época, inclusive, das* barbies*, né, eu acho que tava mais em voga na época do que tá hoje.* [...] *eu acho que, alguns anos atrás, isso não era tão importante pras mulheres* [...] *a gente também tem que concordar que, digamos aí, nos últimos 5 anos, o corpo masculino começou a ser exaltado, ou seja, o corpo perfeito, de, sei lá, dos deuses gregos, isso começou a ser exaltado dentro do, uhn, digamos, do coletivo heterossexual, né? E isso obviamente eu tenho percebido que as mulheres começaram a gostar disso, do homem que cuida, que tem uma barriga tanquinho, etc. e tal. Então, parece que tem até um* delay *de uma fase...homossexual pra uma re-atualização agora na heterossexual.* [Enquanto, entre gays, isso perde valor, cresce entre heteros?] [Enfático] *Exatamente, exatamente!*

Há algo de esperançoso nesses dois últimos trechos. Se podemos argumentar que um rígido e excludente padrão de beleza está disseminado na sociedade como um todo, o que é ruim, parece que houve um afrouxamento do controle da sexualidade feminina, de forma que pelo menos algumas mulheres poderiam hoje em dia expressar seu desejo sexual mais livremente. Em alguns relatos, porém, parece que os homens têm um certo pudor em admitir o capital erótico de seus corpos, enfatizando que esse investimento todo visa (ou deveria visar) uma satisfação pessoal. Mesmo que afirmem não buscar deliberadamente os elogios, os "frutos" do corpo adequado ao padrão de beleza irão aparecer como uma consequência inevitável do processo:

> *Sim, mas o principal era para mim mesmo. Eu sempre, desde criança, sempre fui o mais magro de todos, da sala, dos amigos, e...até mesmo para vestir as roupas, então quando elas ficavam largas isso, para a minha autoestima era uma bomba, então, me sentia muito mal. Quando eu perdia peso, quando a camisa não ficava mais apertada no braço, ou a calça ficava larga, então, principalmente, para mim mesmo. Consequentemente tinha um efeito positivo nas outras pessoas* (Sílvio, CG).

A partir dessa fala, percebemos que o reconhecimento do corpo "sarado" vem mesmo que não haja uma busca deliberada por ser o centro das atenções. Com isso, fica evidente o lugar social ocupado por certos corpos, quer isso seja um objetivo ou não. Estar adequado ao

[249] Não posso afirmar que os heterossexuais não se elogiem, ou que homens gays e hétero não se elogiem mutuamente, com ou sem intenção erótica. Tenho a impressão de que isso ocorra no cotidiano, mas não foi algo explorado por mim, nem mencionado espontaneamente no meu campo.

padrão de beleza produz nos outros uma admiração, que prolonga e retroalimenta a fascinação narcísica.

> *Eu sempre treinei porque eu sempre me achei...não gostava do meu corpo, né, então assim, então era busca pra você melhorar...o seu espelho, com você mesmo. Não é nem pelos outros, não é nem pra você ser desejado, mas é claro, óbvio, claro que é bom, não, claro que é bom! Mas assim* [...] *eu percebo que é muito mais por mim do que por outras pessoas.* (Otávio, CG).

A repetição do discurso de que é "por mim", reforça o quanto o auto reconhecimento e auto aprovação são importantes nesse sistema cíclico; o que poderia soar como um pedido de desculpas, na verdade, compõem a primeira etapa do ciclo. Não podemos esquecer, contudo, que parte da rejeição da categoria *barbie* decorre do fato de que esses homens concentrariam as características, largamente homofóbicas, de frivolidade e vaidade excessivas[250]. Isso fica muito claro na fala de Fernando (CG), que sente a necessidade de frisar várias vezes que é uma questão de autoestima.

> [O]*bviamente você quer se sentir desejado, mas o problema não tá nisto, o problema tá anterior, na sua autoestima. A partir do momento que, digamos, eu tomei, e fiz a atividade física, o meu corpo...quer dizer, eu tive esse* empowerment*, esse empoderamento. Então, assim, a partir daí, é claro, eu entrei no mercado, digamos, dos sarados, ou mais, etc. e tal, mas nunca pensei em ser algo daquele tipo HÃN*, *assim, entendeu?* [...] *Mas, obviamente, você alarga os seus músculos, e isso tudo dá um tônus diferente, você é mais paquerado, né, e tudo isso eu acho que contribui. Então, mas só pra deixar bem claro, eu acho que é uma questão...a anterior é uma questão de autoestima. É, e, obviamente, a autoestima, ela é influenciada pelo padrão de beleza.*

Através dessas falas, fica mais uma vez perceptível a atualidade do ideal de masculinidade que Mosse (1996) descreve. Um dos pontos mais interessantes de sua análise é demonstrar como a beleza, que poderia ser considerada um atributo idealmente feminino, é fundante na imagem do homem moderno. Essa beleza fica expressa pelo corpo de proporções gregas, com a musculatura aparente, cujo principal modelo seria o Apolo do Belvedere (ou o Arnold Schwarzenegger). Porém, ainda segundo o autor, o homem deve ser bonito, mas deve também inspirar poder e uma capacidade de dominação. É a agressividade latente da qual falávamos no capítulo anterior. O corpo masculino é belo porque é forte, e essa força é também intimidadora e, portanto, bela.

Essa outra característica do corpo musculoso também foi assunto nas entrevistas, e foi descrita como mais uma vantagem da testosterona. Nessa relação ambígua com a agressividade, o corpo forte cumpre bem o papel de intimidar outros homens que ameacem

[250] Isso salta aos olhos na medida em que essa fala apologética está ausente entre os heterossexuais com quem conversei, para os quais a questão é bem menos relativizada: eu estou "gostoso", eu tiro a camisa, as mulheres me olham, eu malho mais.

iniciar uma briga, dialogando novamente com os lutadores de Cecchetto (2002). Como meus interlocutores têm uma reserva em se descrever como brigões, a intimidação que seus corpos causa é descrita como um efeito protetor, que já ganha a briga antes mesmo de começar, como aconteceu com Samuel (CH): "*quanto maior você for, independente de você...mesmo cara que usa arma e o cacete a quatro, quando o cara vira...já...já olha pra tua cara e dá aquela...*". Um "homem de verdade" não precisa bater, apenas a sua presença é suficiente para que o outro desista de uma briga fadada a perder. Antônio (CH) relata como o corpo forte fez com que ele adquirisse a fama de "marrento", que, apesar de negar, ele cultiva.

> *Eu não sou de confusão, mas teve algumas vezes que a gente tem que se impor, levantar a cabeça e falar um pouco mais cheio de marra, "e aí?". Aí o cara olha para você e, às vezes, fica por isso mesmo.* [...] *Tem gente que...que usa também para brigas, e por aí vai.* [...] *de um tempo para cá, as pessoas acham que eu sou antipático, que eu sou marrento, e por aí vai, mas é o meu jeito de ficar quieto na minha. Eu não...assim...é como se eu colocasse uma rédea, só olho para frente, não fico olhando para o lado* [e as pessoas falam] *"ah, não, pô, ele é fortão, coisa e tal, ele é marrento".*

Nem sempre a postura intimidadora será usada para evitar disputas masculinas, que sempre soam um pouco fúteis. Rubens (CG) conta como, depois de ficar "maior", as injúrias homofóbicas, que chegaram à violência física em alguns momentos de sua vida, pararam de acontecer. A figura intimidadora é o que novamente garante o respeito.

> *As pessoas te olham de outro jeito, né?* [...]*Vamos supor...eu não sofro mais tanto de ser zoado como eu era antes. Houve uma diminuição. Há...há...há um certo respeito que o corpo impõe.* [...] *Não sou mais a bichinha que andava com uma poodle* [...] *As pessoas é...no meu bairro principalmente, eu não sou assumido no meu bairro, porque é subúrbio e subúrbio você sabe como é que funcionam as coisas, né? Mas assim, as pessoas logicamente elas sabem. Eu levo namorado para a minha casa, sabem que eu estou chegando com homem na minha casa, óbvio, vão falar* [...] *mas assim, é uma coisa velada.* [...] *Então isso ajudou também né, muito, o corpo.*

O interessante aqui é perceber como outra possível diferença entre homens gays e heterossexuais é igualada no corpo com testosterona. A princípio, seria muito complicado comparar uma situação de violência homofóbica com uma briga no trânsito, por exemplo, pelo caráter de ódio presente em uma *versus* a banalidade da outra. Porém, os mecanismos acionados na relação entre corpo, masculinidade e violência são os mesmos, de forma que a intimidação do corpo com testosterona terá um efeito protetor em ambos os casos. Seja gay ou hétero, a testosterona faz o homem vencer uma disputa de masculinidade antes dela se converter em violência física.

Se há esse efeito protetor, a imagem do "fortão" também aciona determinados estereótipos negativos que incomodam meus interlocutores. Quem nos explica esse outro lado é Mateus (CH).

> *Na minha visão, é bastante isso. Não só como acho que eu me via, mas como o mundo à sua volta reage à sua forma, né? Do mesmo jeito que hoje, na nossa sociedade, a minha visão é assim, cara, você pode ser exatamente a mesma pessoa, mas se você chegar de Fusca, se você chegar de Mercedes, você é recebido diferente. Se você chegar com braço maior, se você chegar com o corpo diferente, faz...dá um* approach *diferente em todos os sentidos, né? A galera vê, é diferente...tanto pro bom quanto pro mau, né?* [...] *você cair no estereótipo do cara da academia, ele não faz sentido e tal. "Pô, parece que você tá mais ignorante depois que ficou assim". Lógico, também tem a ver, acho, com os efeitos hormonais, que eu mencionei antes, você fica meio estupidão. Mas acaba caindo no estereótipo do cara que tem só braço mas não tem cabeça, né?* [...] *Você acaba caindo, eu acho que até pessoas que tem de fato um corpo gigante e tal, a galera que treina pesado, acaba sofrendo. Na minha opinião é o preconceito do outro lado, né?* [para essas pessoas] *não tem como você ter o braço desse tamanho e ser muito esperto e tal, né?*

Esse preconceito a que Mateus (CH) se refere seria uma noção, bastante preconceituosa, e até irreal, de que o "sarado" malha o corpo, mas não malha o cérebro, insinuando uma falta de inteligência desses homens. No caso de Mateus, essa acusação é ainda mais injusta, uma vez que ele é de fato um estudioso de esteroides anabolizantes e musculação. Porém, não se pode negar que essa intimidação toda, somada às possibilidades eróticas que um corpo adequado ao padrão de beleza vigente traz, irá gerar nas outras pessoas fora do padrão um forte incômodo. Otávio (CG) também se sente uma "vítima" desse estereótipo do "sarado".

> *Um outro discurso também bastante preconceituoso às avessas, entre aspas, eu não gosto de usar esses termos* [...] *mas eu percebo muito...das pessoas, elas começarem a criticar as* barbies *sabe, tipo, dizer que tem corpão e cérebro pequeno, é corpão e não é cult, ser corpão e não se envolver afetivamente com ninguém, né, porque só pensa na...é muito autocentrado.*

É esperado, ainda que seja cruel, que as pessoas respondam tentando imputar a esse corpo "perfeito" alguma desvantagem. Como em todos os discursos de "preconceito reverso", aqui também há pouca capacidade de perceber que o acúmulo de privilégios por uns representa, inevitavelmente, a subordinação de outros. Analisar essa questão pela ótica de quem está numa posição hierarquicamente superior – o "sarado" – demonstra como essas disputas de poder não podem ser analisadas de forma simplista, se encerrando na verticalidade opressor x oprimido. Vejamos a história de Otávio (CG) falando da reação de seus companheiros de militância LGBT ao seu novo corpo.

> *Um exemplo claro, assim, um amigo meu, que é ativista, simplesmente falou pra mim assim...eu tava me envolvendo com um cara, assim, conhecendo, comentei que tava apaixonado, enfim, ele "ai, que bom que você está apaixonado, porque daí você vai largar dessa sua vida meio de classista que eu tenho percebido que você tem feito". Ele falou de* TW*, de academia, disse, "eu preferia você antes, quando você era magrinho, tipo, você antes assim, magrinho, submisso". Porque assim, eu sempre fui uma pessoa que tive baixo autoestima, sempre! A baixo autoestima sempre que foi algo que me perseguiu, e isso gerou uma série de coisas, inclusive dentro do ativismo, de eu nunca ser uma pessoa...um quadro, sabe, do movimento*

> *[...] Eu sempre fui o cara da relatoria, da coisa dos bastidores, bá, bá, bá, quietinha. Quando você começa a treinar, porque ela até muda a sua postura né, quando você fica muito...fisicamente, você fica muito peitudo. [...] Tem um impacto, você intimida as pessoas e isso incomoda, incomoda! Você fala melhor, você expõe as coisas melhor em palestras, eventos e coisas assim, as pessoas te cantam, vários caras pegam, "a chave do apartamento é X, passa lá no meu apartamento" em eventos ou coisas assim. Você vira atração, "ai que você é lindo. Ai, que você me deixa apaixonado por você". Vários eventos você fala isso né, você tem que ser o simpático, eu não estou te dando bola...então assim, é isso. Como outras pessoas que não conseguem...como tem esse preconceito, incomoda aquelas que viraram quadro, mas tem essa coisa de não valorizar a estética, né, de ficar barrigudo, então, isso sempre levei ataque por conta disso, de ser a bicha fútil que "não sei porque você é ativista com essa sua postura!" [...] isso é muito no* Facebook*. Se eu postar alguma...sei lá, um post criticando o governo PSDB, e depois eu pôr uma* selfie *minha na academia com os amigos, ou então sem camisa na boate, essas pessoas acham que são duas coisas inconcebíveis!*

Nessa fala, percebemos que apresentar o corpo "sarado" como revestido de poder, excluindo e oprimindo todas as outras formas corporais, não dá conta da complexidade do cotidiano, onde outras relações de poder irão se misturar. Assim, por exemplo, nos mesmos espaços de militância, Otávio (CG) ocupa tanto um lugar de destaque, recebendo cantadas e convites para quartos de hotel, quanto ouve falas que considera ofensivas, vindas de pessoas para as quais seu corpo "sarado" é desabonador. E é muito significativo que a resposta de Otávio à ofensa seja se utilizar dessa outra característica do corpo musculoso, que é a intimidação. Não pretendo com isso negar a gordofobia que tanto afeta a vida de Flávio (TB), como vimos no início dessa discussão, mas demonstrar como o mesmo atributo (o corpo forte) será tratado de formas opostas em diferentes interações sociais. Segundo o próprio Otávio, no ativismo, o seu corpo é o que está fora do padrão, que lá parece ser o do "barrigudo". A valorização da estética corporal, um valioso capital erótico na boate, se torna sinônimo de futilidade na militância. Aqui cabem novamente as considerações de Connell (2005) e Kimmel (1998) sobre as posições hegemônicas e subalternas de masculinidade que os homens ocupam ao longo de suas vidas e nos espaços que circulam.

Outro exemplo da relatividade dessas posições aparece na opinião de Jorge (CH) sobre o assunto. Mais uma vez destacando a profissionalização de sua relação com a testosterona, o fisiculturista exclui do discurso as vantagens das quais os outros se vangloriam, e lembra que o usuário responsável deve se preocupar apenas com seus ganhos pessoais, e não no efeito que isso causa nos outros. Para exemplificar seu contraponto, Jorge cita dois exemplos. Vejamos um de cada vez.

> *Vou te dar dois exemplos que eu percebi, né, no Brasil e aqui* [nos EUA]*. Brasil, cidade grande, você é mais um na multidão, né, porque tem mais gente do teu...com porte atlético, o pessoal tá mais acostumado a ver isso. Interior, nego te vê com um certo preconceito, né, acha que você é "o tomador de anabolizante". E aqui fora, a*

> *galera mais...te idolatra mais, te olha, te dá parabéns, pergunta alguma coisa, entendeu?*

Nesse primeiro exemplo, ele apresenta uma diferença regional. Cabe dizer que os EUA foram responsáveis pela disseminação mundial do fisiculturismo como esporte, e também de uma globalização da cultura do *fitness*, de forma que não surpreende que o esforço para exibir aquela forma física seja mais valorizado lá do que aqui. Mas a importância desse exemplo é a ideia de que existe um estigma associado ao "tomador de anabolizante", que é de alguma forma mal visto, especialmente no interior, onde supostamente haveria uma maior intrusão dos outros na vida das pessoas, e julgamentos morais mais rígidos. É interessante perceber uma certa contradição na fala de Jorge (CH) na passagem para o segundo exemplo. Nesse primeiro trecho, vemos que ele valora positivamente o reconhecimento dos estadunidenses frente à "fofoca" dos brasileiros, o que sugere algum nível de preocupação com a opinião alheia, e mais, uma satisfação com a atenção recebida, muito semelhante ao relatado pelos outros homens. E essas sensações estão no nível das emoções pessoais. Porém, no segundo exemplo, os conselhos que o profissional *bodybuilder* Jorge dá vão no sentido oposto.

> *Agora, quanto ao pessoal, é o que às vezes eu falo pro atleta que quer começar. A galera se ilude um pouco achando que vai ganhar dinheiro, se ilude achando que vai ficar famoso né, eu falo "olha, você, se vai fazer isso, faz por amor". Você tem que gostar do esporte!* [...] *Você vai fazer tudo sozinho até você chegar na fama, se chegar, né? Então, faz porque gosta, porque é puuuuro prazer pessoal, é satisfação pessoal! Não vai pensando que você vai ganhar dinheiro, que você vai ser o blogueiro da hora, o cara do Instagram, porque isso não acontece assim. Só vai gastar, gastar, gastar, no final você vai ter sua compensação pessoal, porque você, é um negócio sacrificante, você viu que você venceu! Eu, muitas vezes, vou com a cabeça pra campeonato, não me importo muito em ganhar, não, me importa é tá melhor que no último campeonato* [...] *Porque, lá em cima, tudo pode acontecer, lá em cima, é tudo muito rápido. Já aconteceu de um campeonato eu subir no palco e o árbitro nem olhar pra mim e, na semana seguinte, eu fui campeão! Por que? Porque que eu não fui, uma semana de diferença, meu corpo não deu diferença, estava tão bem quanto, só que os árbitros me olharam. Então, tudo pode acontecer, tudo pode acontecer lá em cima! Então, vai da intenção de sempre estar melhor. Essa é a minha, a minha ideia. Sempre. Vencer a si próprio, né? O nosso maior adversário não é quem está lá em cima, é a gente!*

Nessa fala, Jorge (CH) crítica uma postura narcísica marcada pela busca de reconhecimento dos outros, acionando como contrapartida a ideia de superação pessoal do atleta. Não se trata, como coloca Samuel (CH), de malhar mais para ficar maior e chamar mais atenção. Você deve procurar o corpo forte por "amor ao esporte", para chegar "ao seu melhor", e não para esperar aplausos, porque, no fim das contas, é tudo muito rápido! É claro que Jorge está se referindo às competições de fisiculturismo, nas quais os atletas sobem num

palco, exibem seu corpo em determinadas posições que favorecem a contração muscular, e se retiram, aguardando as notas dos árbitros.

A ideia de uma rapidez ou efemeridade da musculatura, do corpo e da própria beleza fica mais evidente na fala de meus interlocutores mais velhos. Um discurso frequente no senso comum afirma que a beleza "acaba", e, portanto, as pessoas que "se submetem" ao padrão de beleza estariam fadadas a sofrer quando esse momento trágico chegasse. Isso nos leva à nossa próxima discussão, acerca de uma especificidade etária na modificação corporal depois do encontro com a testosterona. Para dar continuidade ao texto, vejamos o impacto da idade nas competições de fisiculturismo sob a ótica de Claudio (CH), que só começa a carreira de atleta aos 38 anos.

> *Tenho 42. Sou* master *já*. [Risos] *Eu comecei velho, a competir* [...] *Até porque, o* master*, a categoria* master*, criaram a pouco...ano passado que criaram. Então, antes do ano passado, eu competia, injustamente, com a rapaziada, entendeu, e mesmo assim eu consegui uma classificação boa. Estava entre os cinco ali, entendeu? Aí, criaram a master no ano passado e eu ganhei!* [Risos] *Botaram o velhinho no lugar dele, então...jantei todo mundo!* [Risos] [Mas qual era a faixa etária média, antes de criarem a *master*?] *Ah, cara, o pessoal que compete é entre 20 e 27, por aí.* [A *master* é muito concorrida?] *Olha, normalmente tem poucas pessoas competindo no* master*, tanto que, muitas vezes, unificam a categoria. Tem* master *1, 2, 3, que...eu não sei a idade, mas é 40 a 45, 45 a 55, enfim, acima de 60, não sei, mas como tem pouca gente na* master*, eles acabam unificando e você compete tudo junto. Mas é mais justo você competir com as pessoas da sua idade do que com a molecada que respira e está pronto. Eu demoro seis meses para ficar pronto!* [...] *até porque o mais velho não tem elastina, colágeno, não tem mais isso, então você consegue diminuir um pouco, mas a pele não acompanha, demora pra acompanhar, né, colar a pele à musculatura, ao passo que os mais novos não, é uma coisa é...junta. Consegue secar e a pele acompanha igual. Pra gente...por isso que a gente tem que se preparar muito antes para dar tempo da pele acompanhar o molde do corpo.* [O *master* era o cara que já competia e continua competindo?] *Pois é, pois é, mas não necessariamente ficou esse tempo todo competindo. Pode ter parado 20 anos e voltou agora, até porque o acesso a esse povo que é* master *agora, antigamente é muito diferente do que é o povo mais novo de agora.*

A criação de uma nova categoria nas competições de fisiculturismo é uma novidade que acompanha uma mudança na sociedade como um todo, que passa a considerar que a atividade física (e sexual) a partir de uma certa idade é uma questão de dignidade, como descrevem Guita Debert e Mauro Brigeiro (2012). Para Hoberman (2005), a testosterona é uma das principais (bio)tecnologias utilizadas nesse processo. A fala de um paciente de 72 anos de uma clínica de rejuvenescimento em Los Angeles adepto de esportes radicais é bem elucidativa: "'Nenhum homem', diz ele, 'pode envelhecer com dignidade sem um corpo que funcione'" (HOBERMAN, 2005, p.13, tradução livre[251]). O curioso é que um corpo que

[251] No original: "'No man', he says, 'can age with dignity without a body that works'".

"funcione" seja compreendido como um corpo capaz de exibir uma performance característica da juventude.

A criação da categoria *master* que Claudio (CH) descreve é uma consequência desse processo de busca por um desempenho jovial na "velhice", categoria que parece chegar cada vez mais cedo. Não se trata necessariamente de uma competição para manter na ativa atletas mais velhos; pessoas, como o próprio Claudio (CH), podem começar a carreira numa idade que seria considerada avançada para um atleta a poucos anos atrás. O fisiculturismo é um esporte que exige um tônus muscular e uma elasticidade da pele que são mais favoráveis antes dos 30 anos, não à toa, a idade média dos competidores. Segundo Claudio (CH), a categoria *master* é necessária exatamente porque seria injusto que homens mais velhos competissem com esses rapazes mais jovens. Com isso, corrobora que há uma dificuldade no corpo mais velho em manter a mesma performance, apesar do discurso, bastante disseminado, de que a adoção de hábitos saudáveis e a prática frequente de exercícios físicos desde a juventude, critérios que Claudio (CH) cumpriu em sua vida, seriam suficientes para retardar os "sintomas" do envelhecimento.

Conversando com Jorge (CH), um pouco mais novo que Claudio (CH), levantei a questão da diferença na performance corporal com a passagem dos anos. Para ele, trata-se de um toma lá, dá cá.

> *É, na verdade, são dois caminhos inversos, né? Ao mesmo tempo que a nossa musculatura, a gente chama de maturidade né, ao passar dos anos a gente vai ganhando mais maturidade, a gente vai ganhando mais força, a musculatura vai ficando mais densa com o passar dos anos. Ao mesmo tempo, com o passar dos anos, as dietas vão ficando mais difíceis pra você emagrecer* [...] *Por exemplo, você come, você come uma besteira, seu corpo já reage de uma maneira ruim, entendeu? Já, já percebo isso, quando eu tinha 30, pra agora 35. Então as dietas acabam tendo que ficar mais rigorosas, né, pra você continuar...mas é mais por causa da perda de gordura* [...] *que é mais difícil. Já a questão de musculatura, força, isso aí ela não, não perde, não. Até melhora. É aquele exemplo, eu vou até te dar um exemplo, você já viu aqueles caras magrinhos pegando 50 kg de cimento e botando nas costas com uma mão só, né? Eu não faço isso. Eu sou 10 vezes mais forte que o cara, entendeu? Então, acho que a prática da atividade né, repetitivamente, a musculatura... você se adapta àquilo, né, então, você acaba tendo a força, é uma mistura aí de força com, como eu posso te dizer...é....seria jeito, né, mais* [...] *Técnica, né, seria técnica, com o passar dos anos.*

Com essa resposta, Jorge (CH) evita falar sobre possíveis mudanças orgânicas do envelhecimento, focando em características como "maturidade" e "técnica" em contraposição a uma força bruta. Ao descrever o "cara magrinho", supostamente jovem e mais fraco, mas que realiza o feito notável de levantar 50kg de cimento com uma mão só, Jorge esvazia de sentido a diferença orgânica. Com essa fala, ele aciona contemporaneamente o estereótipo de uma "Idade de Ouro" da velhice, na qual o velho seria respeitado na família e na comunidade

por sua sabedoria e experiência, um estereótipo falso, mas persistente no senso comum, como defende Guita Debert (1997, p.41). Ainda que o corpo não responda como antes, isso seria contornado por uma maturidade muscular e uma técnica mais arrojada que só virão da experiência.

Essa abordagem do envelhecimento no fisiculturismo se ajusta à realidade do próprio Jorge (CH), que já compete desde quando estava na idade média dos 20 anos. Porém, como seria no caso de Claudio (CH), que só se volta para a prática do esporte quase aos 40 anos? Só as idas frequentes à academia são suficientes para refinar a técnica? A testosterona, que Claudio (CH) usa desde muito jovem "por modismo", fornece essa maturidade muscular? Quando lhe perguntei quais as diferenças entre seu corpo e sua performance aos 20 e atualmente, ele responde de forma mais otimista, mas numa outra direção. Mesmo não se sentindo apto para opinar com segurança sobre o assunto (vale lembrar que Claudio sempre tenta justificar suas opiniões com evidências científicas e um vocabulário muito técnico), sua experiência é muito positiva.

> *Cara, eu não sei responder isso. Acho que um nutricionista responderia melhor, até porque eu também não passei por essa fase de vinte anos parado [...] Eu malho desde os 15 anos. Eu tenho 42, mas se eu somar de 38 para trás, não dá o que eu somar de 38 até 42. Quatro anos não dá, sei lá, trinta anos, entendeu? Não, o ganho agora, em quatro anos, é muito maior que o de 38 até 15. [...] Muito melhor. Até porque, por isso eu treino esse tempo, antes eu malhava só.*

Assim, Claudio (CH) acumula, em quatro anos, o que não conseguiu em 23 anos. Logo, talvez se trate menos de uma maturidade e técnica adquiridas lentamente na repetição da prática da musculação, e mais de um comprometimento com o agora treino (não mais "malhação"), e com uma proposta de investimento no corpo que não havia no período amador. Acreditando nessa possibilidade, confirma-se a percepção de Debert (1997) de que "as qualidades do corpo são tidas como plásticas, e os indivíduos são convencidos a assumir a responsabilidade pela sua própria aparência" (DEBERT, 1997, p.42), de forma que o corpo responde positivamente à disciplina que Claudio (CH) lhe impõe. Insistindo na questão, perguntei-lhe o que mudou então na sua performance antes e depois. A resposta deixa claro que essa plasticidade do corpo tem limites.

> *Cara, tudo muda! Quando você fica mais velho, tudo muda! Eu não posso responder isso porque eu nunca tive essa fase que eu estou tendo agora quando novo. Então não sei esse comparativo, mas pelo o que eu observo, é muita mudança. Até porque os caras de 20 anos, estão na fase...estão subindo agora, eu já estou na descendente. Então, os caras estão na fase de criar a massa muscular, de se desenvolver, então você estimula isso, você vai ter um* boom. [...] *Ao passo que, com a pessoa com metabolismo diferente, com...a genética muda, você luta contra a sua genética para poder ganhar alguma coisa, entendeu? Os caras estão no gráfico subindo, eu tô descendo já.*

A ideia de estar numa "descendente" também foi trazida por Fernando (CG), quando falava dos efeitos da testosterona: "*eu comecei com 28. Mas aí a gente já tá ali, no finalzinho da nossa potência, né, digamos assim, normal, entre aspas*". Mesmo para Samuel (CH), um homem de 28 anos, essa ideia aparece, gerando diferenças no efeito da testosterona de acordo com a idade.

> *Cara, já vi, pelo menos que eu reparo, cara com 40, ele tem um ganho menor de um maluco que tem 18, 19, 20...essa galera já tá num pico de testosterona já absurdo, o cara ainda vai tomar, não sei pra quê, mas ele toma* [...] *Já tá no auge da testosterona, não sei pra que tomar testosterona.*

O mais interessante nesses trechos é como aparece de forma estável a noção de que (I) haveria um declínio de testosterona ao final dos 30 anos, e (II) que o início da vida adulta (18-20 anos) seria um período de "pico" da testosterona. Isso leva à reflexão de que a divulgação científica das alterações nos níveis plasmáticos de testosterona ao longo da vida do homem foi muito bem-sucedida, uma vez que está de acordo com o conhecimento biomédico atual. Segundo o manual de fisiologia de Berne et al.,

> Por volta dos 11 anos de idade, o nível plasmático de testosterona começa a subir de forma acentuada e atinge o platô adulto de cerca de 600 ng/dL mais ou menos com 17 anos de idade [...] Após a terceira década da vida, a testosterona total e a livre começam a declinar a uma taxa de 0,5% a 1,0% ao ano (BERNE et al., 2004, p.1005).

Um outro exemplo desse tráfego aparece na fala de Mauro (TP), que se refere ao período que começa a tomar testosterona como uma "*segunda puberdade*". Mauro começa sua transição "*com uns 19 anos, quase completando 20*", e descreve os efeitos da testosterona em seu corpo de forma bem semelhante ao que os manuais de fisiologia descrevem para o rapaz adolescente. Tudo se passa como se um súbito pico de testosterona tivesse os mesmos efeitos independente de como era o corpo antes. Ainda mais significativa é a associação, que soa natural e inquestionável, da testosterona com a força e o desenvolvimento muscular. O "auge" do hormônio seria o melhor momento para "criar massa muscular". Como vimos no início dessa tese, a utilização da testosterona como um elixir rejuvenescedor é ainda anterior à sua definição moderna como um hormônio sexual. Tão atual quanto na época de Brown-Séquard, a reversão de características do envelhecimento masculino continua sendo um dos maiores poderes da testosterona.

Outra verdade científica de períodos anteriores que permanece presente na cultura (ao menos para os meus interlocutores) é uma percepção patológica da velhice. As clínicas de rejuvenescimento atuais, que recorrem com frequência ao uso da testosterona, continuam a apresentar características a princípio inerentes ao processo de envelhecimento como sintomas

que podem e devem ser combatidos de forma muito semelhante ao que faziam Voronoff, Brinkley, Steinach e seus defensores na imprensa. Não posso me furtar a levantar o questionamento, seriam então os relatos de meus interlocutores comparáveis aos relatos dos homens que tinham testículos transplantados?

Ainda que esses homens estejam convencidos do declínio masculino já a partir dos 30 anos, a situação pode ser revertida, ou pelo menos atenuada, com o uso da testosterona e o abandono de hábitos considerados nocivos. Nesse sentido, concordo com Debert (1997) quando a antropóloga afirma que o surgimento de uma visão mais positiva do envelhecer simbolizada pelos discursos de "terceira idade" e "velhice ativa", que ganharam certa hegemonia na sociedade, não significa que a velhice em si tenha sido valorizada.

> Seria, contudo, ilusório pensar que essas mudanças são acompanhadas de uma atitude mais tolerante em relação às idades. A característica marcante desse processo é a valorização da juventude, que é associada a valores e a estilos de vida e não propriamente a um grupo etário específico (DEBERT, 1997, p.44).

Assim, o exemplo dos fisiculturistas da categoria *master* evocam uma imagem de jovialidade numa idade avançada, de forma análoga ao paciente das clínicas anti-*aging* citado por Hoberman (2005). Mais uma vez, essa postura de meus interlocutores está de acordo com o ideal de masculinidade, que preza pela forma física característica do atleta grego, que é, invariavelmente, jovem. Quando ser considerado jovem torna-se impossível, apela-se para uma jovialidade química, obtida via testosterona principalmente. Mas tem um risco envolvido nesse recurso bioquímico. Vejamos o que fala Antônio (CH) sobre a questão da idade.

> *Isso depende muito. Depende muito também do biotipo da pessoa, do organismo da pessoa. Tem pessoas que chegam com 70 anos, nunca tomou nada e está viril, entendeu? Isso depende muito. Tem pessoas que tomam, tomam, tomam, tomam, e ficam tranquilos, tem pessoas que tomaram uma, duas vezes e já era! Vai ter que ficar fazendo tratamento ao longo dos anos. Tem pessoas que nunca tomaram nada e com vinte e poucos anos já está estéril [...] no caso, não pode ter filho também. Fica...fica broxa. E também tem essa questão, se você tomar muito você...fica estéril, tem essa questão também.*

Essa fala de Antônio é um pouco confusa, mas a reproduzo pois me chamou muita atenção que eu tenha lhe perguntado se havia necessidade de ajuste da dose de acordo com a idade, pensando sobre tônus muscular, e ele tenha respondido sobre efeitos sexuais. Se vinha argumentando sobre o poder rejuvenescedor da testosterona, que historicamente se remete ao corpo, mas deixa subentendido uma possibilidade de aprimoramento sexual, a partir dessa fala, temos o efeito oposto. Um excesso de testosterona, ou um uso incorreto, pode afetar o que há de mais viril no homem, a potência sexual, seja a mesma entendida como capacidade erétil ou como fertilidade. Não à toa, uma das principais críticas ao uso (e ao usuário) passa exatamente por essa questão, como veremos na próxima seção.

8.2 **Lidando com os estigmas do uso**

A essa altura, já ficou claro que o uso de testosterona esbarra em diversos poréns. Mesmo as pessoas que estão muito satisfeitas de ter o hormônio em suas vidas não são imunes às reações suscitadas pela transformação corporal e/ou comportamental que o uso traz. Quando as dificuldades estão na ordem do pessoal, acaba sendo mais fácil de lidar – fica entre o homem e a testosterona. Contudo, é comum entre meus interlocutores ter de lidar com diversas críticas, vindas de diferentes lugares, acerca de sua relação com a testosterona.

Becker (2008), analisando condutas desviantes, argumenta que um comportamento só será considerado desviante a partir do momento em que forem estabelecidas regras (morais e/ou legais) que definam tal comportamento como negativo para a sociedade como um todo.

> O mesmo comportamento pode ser uma infração das regras num momento e não em outro; pode ser uma infração quando cometido por uma pessoa, mas não quando cometido por outra; algumas regras são infringidas com impunidade, outras não. Em suma, se um dado ato é desviante ou não, depende em parte da natureza do ato (isto é, se ele viola ou não alguma regra) e em parte do que outras pessoas fazem acerca dele (BECKER, 2008, p. 26).

Acredito que essa definição de desvio se aplica aos usos de biotecnologias que são valorados negativamente. Nesse caso, podemos inclusive adicionar entre esses condicionantes que o comportamento será uma infração quando for à revelia de um profissional de saúde ou não. Tudo depende de como a regra será construída, e aí vale refletir que a criação dessas regras dependerá da ação do que o autor chama de "empreendedores morais". Serão essas figuras que irão criar as regras e cuidar para que elas sejam cumpridas, "criminalizando" os seus transgressores – que tornar-se-ão então desviantes.

Para Becker (2008), trata-se de dois personagens distintos, os "cruzados morais" e os "impositores de regras". Os cruzados seriam aquelas pessoas que têm um interesse ideológico na criação da regra; são elas que irão construir os argumentos e tentar convencer a sociedade e/ou o Estado de que aquela conduta é nociva e precisa ser reprimida. Essa cruzada se baseia não numa vontade cruel de repressão, mas num humanitarismo que vê na regra a salvação do desviante. Há uma crença por parte dos cruzados de que a repressão ao comportamento em questão irá melhorar a vida das pessoas desviantes. Frequentemente, esses cruzados morais estão "nos níveis superiores da estrutura social [...] eles acrescentam ao poder que extraem da legitimidade de sua posição moral o poder que extraem de sua posição superior na sociedade" (BECKER, 2008, p. 154). Na relação com a testosterona, os cruzados morais estão

representados na figura do médico; não o médico com quem os homens de fato se consultam, mas um discurso médico genérico, reproduzido e endossado pela mídia. É o que já chamei antes de um discurso oficial sobre o uso da testosterona. A partir dessa percepção do uso da testosterona pelos cruzados morais, sempre muito negativa, serão definidas as restrições à venda do hormônio, por exemplo, assim como a descrição fatalista de seus efeitos.

Para que a testosterona seja legítima, uma série de condicionantes construídos pelos cruzados deverão ser cumpridos. Esses condicionantes envolvem, necessariamente, a chancela de um profissional médico, concretizada num diagnóstico, seja DAEM ou TIG. Os cruzados morais jogam com a noção de perigo que "mexer com hormônios" evoca no imaginário popular. Não é claro porque seria mais perigoso tomar testosterona do que antidepressivos, ou porque o hormônio não causa mal nenhum desde que o médico supervisione, mas isso é em larga medida irrelevante para o cruzado moral, disposto a "salvar" o usuário das mazelas que a testosterona, essa molécula poderosa e descontrolada, causa no corpo de suas vítimas. Ainda que não esteja sempre explícita, uma retórica muito similar àquela aplicada às drogas ilegais e aos "drogados" ronda o uso da testosterona como um fantasma.

Muitas vezes, apenas o *status* de legitimidade dos cruzados não é suficiente para impedir os incautos de insistir na busca pela testosterona. É então que entra em cena o outro empreendedor moral: o impositor de regras, ou seja, aquele que irá aplicar as regras estabelecidas pela cruzada moral. O impositor nem sempre concorda com a regra, mas acredita que sua manutenção é necessária para o bom funcionamento da sociedade. É também mais pessimista que o cruzado moral, e essa postura é necessária para legitimar seu papel de polícia, e convencer os outros da sua própria importância. Assim,

> dizem que, em decorrência dos seus esforços, o problema a que se dedicam se aproxima da solução. Mas, ao mesmo tempo, dizem que o problema está talvez mais grave do que nunca (embora não por culpa [deles próprios]) e requer um esforço renovado e intensificado para mantê-lo sob controle. Encarregados da imposição podem ser mais veementes que qualquer pessoa em sua insistência de que o problema com que devem lidar continua presente, mais forte do que nunca. Ao fazer essas afirmações, os encarregados da imposição fornecem boa razão para que a posição que ocupam continue a existir (BECKER, 2008, p. 162).

Na vida de meus interlocutores, diferentes pessoas agem como impositores de regras. A clínica se configura como um dos espaços de mais forte atuação dos impositores; o médico "real" do consultório, não mais aquele desconhecido que fala na televisão e nas revistas, que irá execrar o recurso à testosterona e tentar convencer o usuário a interrompê-lo, ou sequer iniciá-lo. Contudo, sua influência é limitada; basta que eu nunca mais vá ao seu consultório

para que sua influência sobre minhas decisões desapareça. É possível ainda tentar mentir e esconder o uso, o que tende a ser pouco efetivo.

Um outro espaço privilegiado de imposição da regra é a família e os amigos mais próximos. Desses, não se pode fugir com tanta facilidade. Essas pessoas, convencidas da cruzada moral, irão atuar no sentido de tentar convencer o usuário que a testosterona não lhe fará bem, que melhor seria se separar dela, ou nem a procurar. Os argumentos dos impositores de regras se baseiam nos termos da cruzada moral, transferindo a legitimidade dos cruzados para uma relação mais íntima e cotidiana. Entre meus interlocutores, os empreendedores morais organizarão suas críticas em torno de três questões centrais.

A primeira utiliza um vocabulário mais alinhada à biomedicina. Essa crítica, mais elaborada e tecnicista, aciona um discurso de "saúde" (leia-se doença) para desqualificar a testosterona. Nessa linha argumentativa, não se questiona a eficácia do hormônio; muito pelo contrário, tende mais a supervalorizar seus poderes. A testosterona, portanto, será apresentada como um excesso, que causará toda sorte de problemas orgânicos.

> *Meus amigos, meus amigos de verdade...porque a gente sempre tem aqueles amigos, né? Uma amiga minha que mora na Suíça e meu amigo. Eles chegaram a esconder a oxandrolona de mim, foram na minha casa, botaram terror psicológico...*[Quais eram os argumentos dessas pessoas?] *Ah, câncer no fígado!* (Rubens, CG).

O câncer ocupa um lugar central nessas críticas. Susan Sontag (2007) é muito precisa ao falar de sua importância como a metáfora mais potente do patológico em nossa sociedade, como a tuberculose o foi no século XIX. "As fantasias inspiradas [...] pelo câncer hoje são reações a uma enfermidade que não se compreende – numa época em que a premissa central da medicina é que todas as doenças podem ser curadas." (SONTAG, 2007, p.12). Há uma persistente associação do câncer com os hormônios sexuais, que funciona numa curiosa ambiguidade. O estrogênio da pílula anticoncepcional, o medicamento mais utilizado na história da humanidade, já foi comprovadamente associado ao desenvolvimento de tumores – relação desacreditada, e até negada pelo discurso médico oficial. A testosterona também está fortemente associada ao câncer de próstata, mas os médicos tendem a minimizar esse efeito quando defendem a reposição hormonal no DAEM, o que ficou bem claro em minha pesquisa de mestrado (TRAMONTANO, 2012, p.106).

Porém, uma vez frente à necessidade de instituir um certo pânico moral (um "terror psicológico", como Rubens, CG, o definiu), a retórica do câncer é acionada com força total, o que não deve ser considerado surpreendente. "Agora é a vez do câncer ocupar a vaga da enfermidade que entra sem pedir licença; é o câncer que representa o papel de uma doença vivenciada como uma invasão cruel e secreta" (SONTAG, 2007, p.12). Para os

empreendedores morais, a testosterona é descrita de forma muito parecida, como algo que vai aos poucos invadindo e corroendo o corpo dos seus usuários, de forma silenciosa, mas fatal. Que o câncer seja seu principal efeito parece então adequado.

Entretanto, algo que me chama atenção, talvez pela idade de meus interlocutores, é que o câncer em questão não seja o de próstata, mas sim o de fígado. De fato, a complicação mais comum do uso de anabolizantes envolve o fígado, principalmente pelo uso de apresentações orais do hormônio nesse uso específico. Meus interlocutores tendem a utilizar mais frequentemente a via injetável (e, muitas vezes, por preocupações com o fígado), de forma que o dano hepático, muito frequente na mídia, é raro na vivência desses homens. Alguns amigos (não os da academia) criticaram Samuel (CH) argumentando que "*tu vai morrer, vai ter problema no fígado!*" Perguntei-lhe então se ele conhece alguém que teve esse problema, se algum conhecido dele morreu disso: "*eu pelo menos não conheço. Conheço muita gente que toma, já tomou, toma até hoje e nunca teve problema*". Tive um diálogo idêntico com Sérgio (CH), que, depois da entrevista, com o gravador desligado, comentou de um amigo de um amigo que teve problemas hepáticos, mas que ele, sinceramente, considerava uma lenda. Ainda que a maioria deles pareça exibir algum nível de preocupação com o fígado, ouvi incontáveis vezes que essa associação seria muito exagerada. Pelo sim, pelo não, é comum o uso de protetores hepáticos simultâneo ao uso da testosterona, ou como a principal substância da terapia pós-ciclo[252] (TPC).

Se o câncer sumariza os males da testosterona, esse caráter de uma ação ampla e imprevisível do hormônio no corpo aparecerá de formas menos drásticas. Tudo se passa como se a testosterona fosse capaz de acionar diversos mecanismos imprevisíveis e nebulosos, causando um nível de descontrole e desequilíbrio que não se sabe muito bem aonde irá levar. Foi o que argumentou o namorado de Evandro (CG) quando soube que ele iria começar a tomar anabolizante.

> *Eu comprei,* [o namorado] *jogou fora, comprei de novo, tivemos uma briga, e no final consegui usar* [...] *antigamente ele era mega contra*. [...] *Ele falou que mexia com todo o metabolismo da pessoa, que tinha que ir num médico saber como administrava, primeiro fazer exames, pra usar mas usar consciente. Aí, por isso que eu falei, antigamente ele era contra, hoje em dia...agora não uso, agora quem usa é ele.* [Risos]

[252] A terapia pós-ciclo (TPC) feita pelos usuários de anabolizantes envolve o uso de diferentes medicamentos para contrabalançar os efeitos da interrupção abrupta de testosterona até que o corpo volte a produzir naturalmente o hormônio. Quando o ciclo envolve esteroides de uso oral, que irão afetar muito o fígado, a TPC busca prioritariamente uma "desintoxicação" hepática. Porém, a TPC visa também minimizar a queda de desejo sexual (e os problemas de ereção) e a depressão (desânimo, cansaço, apatia) característicos do fim do ciclo.

A grande ironia nessa história é que o argumento do namorado termina por convencer Evandro (CG), que decide, pouco antes da entrevista, que não irá mais tomar testosterona, ao mesmo tempo que o próprio namorado muda de ideia e começa a usar. O que interessa para nós é o vocabulário acionado na justificativa. O que significa realmente "mexer com todo o metabolismo", e qual medicamento não mexe com nosso metabolismo? E como esse efeito seria, de alguma forma, domado pelo médico, que poderia tornar o uso "consciente"? Não fica claro, mas, como nas outras críticas apresentadas antes, há uma reprodução difusa de argumentos baseados numa alteração orgânica inespecífica. Com isso, surge uma característica patológica no uso, e muitas das críticas irão girar em torno disso.

Por outro lado, se a autoridade médica fundamenta uma estigmatização do uso, pode também legitimá-lo. O namorado de Evandro (CG) defendia que o médico poderia "limpar" o uso da testosterona, uma crença compartilhada pela mãe de Otávio (CG). Quando sua irmã o questionou, desconfiando do uso, a mãe partiu em defesa, não de Otávio, mas do médico. "*Minha irmã, por exemplo, comentou [...] ficou falando que, 'ah, você está tomando bomba', mas, na verdade, minha mãe, que é uma pessoa que não tem instrução, falou, 'mas ele está com médico, então se o médico recomendou, está certo!', né, então assim...*". O uso perde seu caráter de estigma, ganhando o selo de aprovação da autoridade médica, que se pressupõe correta. Com isso, o uso de anabolizante de Otávio se torna similar ao uso como reposição hormonal de Fernando (CG), totalmente coberto pela endocrinologista, e, com isso, livre de estigmas. Um processo parecido é descrito por Roberto (CG), que recebeu mais conselhos do que críticas.

> *Ah, acho que não era tão discriminatória assim porque é uso tópico, eu falava que tava com acompanhamento médico, tava fazendo tudo certinho, com exame, as pessoas encaravam numa boa.* [Então, você não chegou a ouvir críticas?] *Ah, só falavam assim "toma cuidado, que é hormônio, é testosterona, toma cuidado, faz direitinho". As pessoas tentam dar esses conselhos pra gente.*

Esse recurso a um conhecimento biomédico que domestica a testosterona não é exclusivo do profissional médico. Jorge (CH) tranquiliza sua mãe ao reivindicar para si o conhecimento necessário para torna o uso "consciente". "*A minha mãe também me aplica também quando eu preciso.* [E ela não acha ruim você tomar?] *Ah, ela fica assim, 'mas isso aí não vai fazer mal, não?', 'mãe, pode deixar vai, pode deixar que disso aqui eu entendo!". Ela confia. Ela confia!*"

Porém, nem sempre a linguagem biomédica será acionada, seja para legitimar ou condenar o uso. Assumindo um caráter bem mais estigmatizante, outros empreendedores morais seguirão por uma via mais alinhada ao discurso que ronda as drogas ilegais. Nesses

casos, ao invés de mencionar órgãos, mecanismos fisiológicos ou patologias, a crítica se centra num ainda mais genérico "faz mal". "*Sim, só minha mãe que fica reclamando que isso faz mal, e coisa e tal, essas coisas assim que...de mãe que se preocupa*" (Antônio, CH). Já a mãe de Rubens (CG) foi mais incisiva.

> *Chegaram a perguntar, principalmente minha mãe, que eu tava um dia jantando, "ô garoto...garoto, que braço é esse?" Eu falei, "mãe...eu tô malhando, ora, tô malhante!"* [Risos] *Ela, "você não tá malhante nada, você tá tomando, sim!" Eu falei, "eu tô tomando sim, mãe, comprei oxandrolona!"*

Percebam como esse diálogo continuaria plausível se substituíssemos "braço" por "olho", e "oxandrolona" por "maconha", por exemplo. Uma vez que é bem comum o uso pela via injetável, a associação com o uso de drogas ilegais pode ganhar contornos mais dramáticos do que uma conversa animada na mesa de jantar. Vejamos como a mãe de Mateus (CH), ela própria educadora física, reage ao pegá-lo "em flagrante".

> *Teve um dia que eu tava no meu quarto, aplicando, e aí minha mãe entrou no quarto. Tipo, velho...viu a cena! Então, eu tô, tipo, de bunda de fora, em pé, fincando uma agulha na minha bunda e injetando, aplicando testosterona. Nossa! Foi terrível! Tipo, conversar, explicar, "Por que que você tá fazendo isso com você? O perigo disso daí! A galera morre de tomar esses bagulhos! Não sei o quê que você tá fazendo...". Então, nesse sentido, reação bastante negativa.*

Essa cena me lembrou de um vizinho, amigo de infância. Seguindo uma carreira comum ao usuário de anabolizante, foi uma criança gordinha que começou a malhar para emagrecer ainda no início da adolescência. Aproveitando o tal "pico" de testosterona da puberdade, meu amigo rapidamente emagreceu, e se tornou muito desejado pelas meninas da escola. Empolgado com o resultado, e visando crescer mais, ele decide tomar anabolizante, que mantinha escondido numa caixa de som. A mãe desconfia do crescimento rápido, e um dia, numa faxina, encontra as ampolas. A conversa que se segue fala em vício, reabilitação, má influência de falsos amigos, proibição de ir à academia, e a vizinhança passa a tratá-lo como um "drogado", inclusive evitando contato com sua família. A reação da mãe do meu vizinho foi bem parecida com a reação imaginada por Samuel (CH) caso sua mãe descobrisse.

> *Não, eu falo pra minha mãe que é o* Whey Protein [risos] *eu falo pra minha mãe que é o* Whey*, eu não falo pra minha mãe que eu já tomei anabolizante e tal.* [Mas porque, como ela reagiria?] *Ah, com raiva! Ela ia querer me espancar, se eu falo pra ela que eu tomo, ela vai querer me espancar!*

Essa semelhança com as drogas ilegais aparece também nos conselhos que Otávio (CG) ouve de alguns amigos: "*as pessoas tem muito preconceito, né, elas acham que...uma fantasia de que vai passar mal, que não sei o quê, 'cuidado amigo, você pode pegar, você não precisa disso', sabe?*" É preciso esclarecer que o "você pode pegar" se refere a possíveis parceiros sexuais, ou seja, Otávio não precisaria recorrer "às drogas" para ter um lugar no

mercado sexual. O objetivo dessa fala é melhorar a autoestima de Otávio, que os amigos julgam ser a razão do recurso ao anabolizante, o que é bastante irônico, haja visto que, como já comentei, Otávio é um defensor da liberação da testosterona justamente pelos seus efeitos sobre a autoestima. O discurso de que o uso de testosterona é desnecessário é ouvido com frequência entre os homens trans, por vezes mesmo entre companheiras de militância lésbicas, como Leandro (TH) me relatou.

Porém, o estigma de "doente" ou "drogado" parece incomodar menos que o terceiro (e mais repetido) alvo de críticas dos empreendedores morais: a acusação de "*vai ficar brocha, o pau não vai subir*" (Samuel, CH). Se as reações da família são contadas entre risadas, e as preocupações com a saúde são relativizadas, ser chamado de "broxa" ofende e irrita meus interlocutores, que se apressam a negar o estigma. A primeira vez que ouvi menção a isso foi na conversa com João Pedro (CG), e me espantou porque eu iria fazer outra pergunta, sem nenhuma relação com possíveis estigmas do uso, e ele completou espontaneamente a frase, emendando o assunto.

> [Algumas pessoas relatam certo...] *Constrangimento? Exatamente! Acontece isso. É que as pessoas associam isso à impotência, né?,"ah, já tá tomando porque já tá impotente...", "não, não vou contar pra ninguém que eu tô tomando isso, que é um repositor, porque vão achar que eu tô impotente e tal, não sei o quê". Não, não vejo problema nenhum* [...] *Até o Betão mesmo falou...quando ele comentou comigo ele falou baixo, né, até porque pra não divulgar também dentro da academia.*

A associação com a perda de ereção é tamanha que desponta como um motivo para esconder o uso. O mais curioso é que essa acusação seja característica do espaço da academia de ginástica; os únicos a mencioná-la são os homens heterossexuais que usam para anabolismo muscular. Admito minha dificuldade em compreender o sentido desse estigma especificamente. Já vimos que, ao fim do ciclo, os níveis de testosterona baixam drasticamente e muitos relatam ter dificuldade de ereção. Portanto, isso seria um efeito da ausência de testosterona, não sendo motivo para evitar seu uso, que, sabidamente, favorece a ereção. Compreendo a crítica se ela vier da companheira, como Mateus (CH) me contou, que brigou com "*a namorada na época quando deu o efeito colateral, né, 'pô, você tá fazendo tudo isso aí e se estragando!'*". Parece fácil de entender o incômodo dela com a diferença no fim do ciclo, já que a performance sexual com testosterona soa fantástica nos relatos. Além disso, de acordo com meus interlocutores, o uso de testosterona é muito disseminado entre os praticantes de musculação, de forma que faria pouco sentido acusar o outro de algo pelo qual eu também irei vivenciar mais cedo ou mais tarde. Ainda que a competitividade seja uma

característica das interações masculinas, supunha haver algum nível de cumplicidade com um assunto que a maioria dos homens considera delicado.

Mas parece não haver empatia nem da parte deles mesmos, como na fala de Antônio (CH). "*Não, o povo só zoa, só fala que isso broxa, coisa e tal, às vezes tem uns preconceitos* [...] *porque é aquilo...às vezes, pessoas sem informações, que não pesquisam legal, que não sabem tomar, aí acaba ficando*". Ou seja, ele não, mas a testosterona deixa mesmo o usuário desavisado "broxa". Por outro lado, a fala de Claudio (CH) parece mais próxima das minhas reflexões sobre esse assunto.

> *Não...o leigo né, o ignorante fala, "você que tá tomando, ah, você vai ficar impotente!". A única coisa que...mas isso aí é o leigo falando, que você não dá valor ao que fala! Quem entende, sabe que não é assim, né?* [Risos] *é em tom de brincadeira, de...zoação...falam dessa parte de impotência, mas é ao contrário, se você está jogando uma testo, você...impossível ficar impotente!*

Assim, não é que o leigo vai ficar "broxa" porque não tem as informações corretas para um uso adequado; o estigma da "impotência" seria, em si, resultado da "ignorância" do leigo. Sérgio (CH) também desacredita essa associação, mas também já foi alvo dela: "*Escuto, escuto, escuto. A pessoa critica mais por quê? Porque fala que amanhã eu vou tá broxa. Amanhã eu vou tá com isso, vou tá com aquilo. Sempre tem um...um contra*". Na entrevista com Sérgio, a questão ganha outra motivação, que talvez explique mais do que os argumentos de Antônio (CH) e Claudio (CH). Deixa de ser "zoação", "brincadeira", e se torna só uma difamação mesmo. Isso fica muito explícito na fala de Jorge (CH).

> *Particularmente, ninguém me fala, não. Particularmente não. Mas eu sei dos que falam por trás, né? Geralmente é por inveja* [...] *tipo, "ah, o cara é forte porque toma bomba", sabe, esse tipo de comentário?* [...] *Às vezes, o cara já até tomou, entendeu? Só que o cara não teve resultado* [...] *Mais ou menos essa a cabeça deles.*

Seja por brincadeira ou por inveja, um contraponto interessante a esse estigma vem da história de Rubens (CG). Na tentativa de dissuadi-lo do uso, os amigos também se focaram na questão sexual, mas justamente oposta: "*uns até no sentido de eu me tornar um pedaço de carne. Meus amigos foram nesse quesito também* [...] *mas eu falei, 'gente o objetivo é esse!', eu queria ser um pouco pedaço de carne, é! É porque eu sou muito realista sabe, eu não romantizo muito as coisas, não*". Sílvio (CG), um homem bem mais discreto que Rubens, ouviu críticas dos amigos que percebi serem no mesmo sentido: "*tirando as pessoas que me conheciam mais intimamente, sabiam que eu ia para a* TW*, tirava a camisa, ou ia para alguma festa...e...e aí ficavam soltando piadinha de mau gosto e aí isso me incomodava!*".

É inevitável fazer um comparativo dos estigmas sexuais associados ao uso da testosterona entre homens gays e heterossexuais; se os últimos são acusados de "broxa", os

primeiros são acusados de se reduzirem a um "pedaço de carne". Acredito que isso explicite um outro estigma, que historicamente acompanha a homossexualidade, o da promiscuidade. Isso fica perceptível quando, por exemplo, percebemos que as pesquisas no campo da biomedicina que envolvem disfunção erétil e DAEM dificilmente envolvem homossexuais entre seus sujeitos, numa percepção tácita de que esses homens não sofreriam de disfunções sexuais. Em certa medida, sua própria existência configura um nível de disfunção sexual: gays são vistos, no senso comum, e isso se expande para o campo científico, como predadores sexuais. Essa percepção, claramente homofóbica, está subjacente em situações tão graves como a persistente associação, insustentável estatisticamente, de homossexuais (masculinos) com a pedofilia, por exemplo. Novamente, vejo pouco sentido nessa diferença. A predação sexual é uma característica da masculinidade como um todo, e uma cena comum nos espaços de sociabilidade masculina, homo ou heterossexual, envolve o relato exagerado de proezas sexuais heroicas. Contudo, quando vindo de homens heterossexuais, essa predação é naturalizada numa espécie de instinto masculino; quando vindo de homens gays, se torna patologizada e/ou moralmente recriminável sob o rótulo de promiscuidade[253].

Independentemente dessa diferença, o que nos importa é que as críticas ao uso da testosterona giram em torno de três grandes estigmas, o doente, o drogado ou o broxa. Contudo, meus interlocutores, em sua grande maioria, seguem utilizando o hormônio, o que demonstra que, de alguma forma, eles superaram tais críticas. Em dois casos, o de Fernando (CG) e o de Paulo (CG), essa resposta veio pela completa negação da acusação; ambos afirmaram que, devido a suas personalidades "fortes", as pessoas nem chegam a criticá-los. "*O pessoal não é louco de falar nada. Eu não dou ouvido! E se falar, eu não tô nem aí!*", afirmou Paulo. Fernando elabora um pouco mais.

> *Porque eu acho que eu tenho uma posição um pouco...muito enfática às vezes. Então, quando eu me coloco, eu já me coloco dizendo assim, ó, esse sou eu, é assim que eu penso, e...vocês podem até comentar, fazer um questionamento, mas acabo não dando muito espaço, entende?*

Outros são menos incisivos, mas parecem também não se preocupar com as acusações, como Renato (TG), que afirma sequer ter se dado conta de qualquer crítica: "*Não que eu me lembre. Se eu ouvi, não me marcou*". Nas entrevistas com outros homens trans, as críticas se

[253] Vale ressaltar que essa promiscuidade gay passa pela impossibilidade de uma plena vivência da sexualidade pelas mulheres. Uma relação gay envolve dois homens, vistos como "naturalmente" promíscuos; uma relação heterossexual, envolve uma mulher, que não pode ser, ou "naturalmente" não é promíscua. Além disso, não podemos esquecer que promiscuidade é essencialmente moral, e não deveria ser tratada como "natural" em nenhum caso.

centravam mais na transição de gênero como um todo do que especificamente no uso da testosterona, que aparecia de forma secundária (ou nem aparecia) nessa questão do estigma.

Porém, tirando esses relatos mais específicos, a maioria de meus interlocutores se sentiu incomodado com as críticas, e construíram respostas para lidar com elas. Colocando nos termos de Goffman (2008), algumas estratégias de manipulação do estigma se repetiram entre os homens com quem conversei. Destacaria três possibilidades mais comuns, que sumarizo a seguir.

Uma saída para a injúria será a medicalização do uso. Assim, se referir à hormonização como uma "reposição hormonal" retira da testosterona o caráter de "droga de abuso". Entretanto, ao adotar esse discurso, o homem se torna um doente, o que é sempre uma faca de dois gumes. Por um lado, desculpa e desresponsabiliza; por outro, retira a autonomia do sujeito sobre seu próprio corpo e seus processos. Essa saída será simultaneamente mais comum e mais problemática entre homens trans, mas aparece também em homens mais velhos, diagnosticados com DAEM. Evoca uma masculinidade mais contemporânea e de camadas médias da sociedade, a saber, o estereótipo do "novo homem" ou do "homem sensível", que se preocupa com questões de saúde e estéticas, está presente nos consultórios médicos, e recorre sem hesitação à biomedicina como forma de resolver seus problemas. Aqui, a testosterona é um medicamento de uso crônico, que irá tratar (mas nunca curar) uma condição vitalícia.

Outro caminho, esse mais comum, era enfatizar que o uso de testosterona exige um profundo conhecimento sobre a substância e sobre processos fisiológicos, e mais, demanda uma gama de outras mudanças em hábitos e no estilo de vida. Exige, portanto, um processo de gerenciamento de risco e vários cálculos acerca do uso, que se torna uma prioridade na vida desses homens. Para isso, investirão em reeducação alimentar, na adoção de hábitos considerados saudáveis, no controle do consumo de outras substâncias, num regime rigoroso de atividades físicas, ou seja, num total comprometimento com a testosterona. Todas essas escolhas resultam de muita reflexão, e serão sustentadas por um discurso baseado no que compreendem como evidências científicas (ainda que questionáveis). A modificação corporal aparece aqui como um processo consciente, sério e responsável, e demanda um homem racional, ponderado, que assume riscos, mas não é imprudente. Em outras palavras, o modelo burguês de masculinidade. Nesse caminho, a testosterona é uma biotecnologia a serviço da maximização da qualidade de vida do homem e do aprimoramento das capacidades orgânicas.

Uma outra possibilidade é, simplesmente, ignorar a necessidade de justificativa. Adotada por poucos de meus interlocutores, e duramente criticada pelo discurso oficial, essa postura mais *nonchalant* em relação ao uso é, na prática, a mais harmoniosa. Esses homens não perdem tempo refletindo muito sobre o uso, que se torna muito objetivo: quero um corpo desse jeito, para obtê-lo, preciso tomar essa injeção ou essa cápsula aqui. Tudo muito simples, sem grandes preocupações com o julgamento dos outros, nem com as consequências sobre o próprio organismo. Enquanto não fizer mal visivelmente, esses homens continuarão usando. Constituem, portanto, uma masculinidade mais inconsequente, possivelmente vista como imatura, mas ainda assim viril: articula a noção do destemor, da aventura, do radical, que compõem, também, um grande estereótipo de masculinidade. Aqui, a testosterona é uma droga de estilo de vida, com um caráter mais explicitamente estético e hedonista, visando, em última instância, o prazer nos usos que um corpo másculo possibilita a quem o possui.

A adoção de uma ou outra estratégia se relaciona ainda com a necessidade de manter a relação com a testosterona em sigilo ou não. De forma análoga ao que vimos acerca das críticas recebidas, aqueles que se encontram com a testosterona no consultório médico veem pouca necessidade de manter sigilo, afinal, seu uso é legitimado por um diagnóstico. Para algumas dessas pessoas, o sigilo não é sequer uma questão, e elas afirmam nunca terem se preocupado com isso, de forma que a pergunta em si fazia pouco sentido. As outras possibilidades eram menos uniformes.

Entre meus interlocutores, sete afirmam, quase nas mesmas palavras: "*falo abertamente*"; "*não vejo problema nenhum em contar*"; "*não escondo de ninguém*". Dentre estes, destaco uma fala de Paulo (CG), que traz um elemento novo. "*Ah, sempre comentei!* [...] *Porque na verdade é assim, eu acho complicado você não comentar o que você faz, principalmente com relação a medicamento. Vai que dá um piripaque?*". Paulo é o único que traz essa preocupação, e cabe ressaltar que ele já há muito tempo passou a tomar apenas com acompanhamento médico. Para ele, isso era ainda mais importante enquanto comprava por conta própria no mercado paralelo, pois estava mais exposto a falsificações e aos possíveis agravos que delas decorreriam. Essa atitude vai ao encontro do que é preconizado nos serviços de saúde, e faz muito sentido na vida de pessoas mais velhas, que sofrem os efeitos adversos das múltiplas interações de uma terapia polimedicamentosa.

Outros três interlocutores adotam uma política de *don't ask, don't tell*[254], afirmando só assumir o uso para pessoas mais próximas. Achei curioso que um desses tenha sido Rubens (CG), que foi tão explícito em temas que outros foram reticentes: "*não tenho vergonha, mas não saio espalhando aos quatro ventos para Deus e o mundo!*". Sílvio (CG) também afirmou só comentar com amigos íntimos, o que não surpreende, uma vez que ele se apresenta como uma pessoa muito reservada. O destaque nesse grupo vai para Fernando (CG), para quem essa é uma questão pessoal (que demandaria sigilo), a não ser em casos com um quadro clínico semelhante ao seu.

> *É que isso é uma questão, digamos assim...do* ethos*, da ética do seu eu, né? Então, eu não comento isso com pessoas de um modo* ***geral****, mas quando...entra alguém com uma curiosidade, ou coloca alguma questão nesse sentido, eu não tenho problema* ***algum*** *de dizer que eu passei por esses processos, inclusive porque eu acho que, de alguma forma, a minha caminhada, inclusive isso que eu tava chamando de metamorfose, ela...ela é ilustradora! Né? Ela pode ilustrar outras pessoas. Então, assim, dentro de determinados grupos, sim, mas, por exemplo, na minha família...não faria sentido, nem faz sentido! Entende? Não cabe!*

Por fim, três homens são enfáticos ao defender a necessidade do sigilo. Os motivos em certa medida se sobrepõem; todos versam sobre uma redução do sujeito ao anabolizante. Samuel (CH) afirma que as pessoas, de uma maneira geral, evitam falar: "*o povo não fala que está tomando, começa por aí, 'não tô tomando, não, cara, é dieta', sacou, ninguém fala que toma anabolizante, se perguntar, no automático, 'não, eu não tomo'. Cara com 75* [cm] *de braço, 'não tomo não, isso é Whey Protein'. Mentira!*" Uma mentira que ele próprio repete.

> *Só se eu já conhecer a pessoa, já for meu amigo, "ah tá bom, tomei isso, tomei aquilo". Mas se não, "tomei não".* [Mas por quê?] *acho que é por causa do comentário geral, o cara, "pô, comentei com fulano que eu não conheço", e o cara, "porra, o cara ali toma bomba", daqui a pouco, a academia toda, "o maluco ali toma bomba". O cara que toma bomba.* [Você vira o cara que toma bomba?] *É, o cara que toma bomba! Acabou!*

Sérgio (CH) observa a mesma situação na sua academia, e ainda levanta uma outra questão, relativa a uma possível responsabilização dele pelos problemas que possam surgir

[254] O *don't ask, don't tell* ou DADT (*Não pergunte, não conte*) se refere à antiga política de restrição do exército dos EUA a esforços de descobrir ou revelar a orientação sexual de seus membros (ou aspirantes) homossexuais e bissexuais, assim como a falar abertamente sobre o assunto. Representada pela Lei Federal Pub.L. 103-160 (10 U.S.C. § 654), a política proibia qualquer um/a que visasse servir nas Forças Armadas de "demonstrar propensão ou intenção de se envolver em atos homossexuais", o que "poderia criar um risco inaceitável para os altos padrões de moral, ordem, disciplina e coesão das unidades que são a essência das capacidades militares". Assim, ficavam proibidas quaisquer menções à orientação sexual e a relacionamentos homossexuais (*don't tell*), ao mesmo tempo que os superiores não deveriam iniciar uma investigação sobre orientação sexual de um membro (*don't ask*), a não ser que houvessem "evidências" de comportamento homossexual (sic). Considerada um avanço na época de sua aprovação, a lei foi revogada pelo então presidente Barack Obama em dezembro de 2010, com o entendimento de que representa um atraso na ampliação dos direitos LGBT nos EUA, ao criar um ambiente propício à discriminação e ao preconceito.

com outras pessoas. Vale ressaltar que Sérgio (CH) admitiu "repassar" anabolizante para colegas, o que acaba por colocá-lo num lugar mais delicado.

> *Eu não gosto de falar. Os meus amigos que sabem que eu faço, que compram também, eles sabem, e eu falo "pô, não, tô...comecei um ciclo e o caramba". Agora, quem não sabe, eu nunca falo. Não, não, eu sempre falo que é alimentação, produto natural e o caramba, até porque, pra não incentivar o uso da outra pessoa, que de repente uma...acontece alguma coisa com outra pessoa...que eu acabei incentivando...*

Mas, sem dúvida, o mais taxativo dos três é Jorge (CH), que fica visivelmente irritado quando lhe faço a pergunta.

> *Não, não, não, não falo não! Não falo não, porque o povo atribui todo o seu sucesso, a tua conquista, a um simples comprimido! Verdade! Ninguém vê, ninguém vê todo o sacrifício por trás do esporte, né? O anabolizante...ó, vou te dizer, dieta e alimentação é 70%, pra quem quer crescer, pra quem quer emagrecer. O resto, treino, é mais 10%, descanso mais 10%, o anabolizante mais um percentualzinho aí, e a suplementação também. A dieta é o fundamental e é o mais difícil, é o mais difícil! Eu não conheço uma pessoa que não seja atleta que faz uma dieta de...consegue ficar na dieta de um final de semana a outro final de semana. Não existe essa pessoa, a não ser que seja atleta* [...] *Então às vezes é melhor nem falar, porque a pessoa vai, "ah, tomando anabolizante é mole". Ué, toma! Tem uma pesquisa que diz que dois terços dos frequentadores de academia já usaram ou fizeram algum tipo de uso de anabolizante. Você vê muita gente forte na academia? Se tem 50 pessoas lá, você é capaz de dizer que 35 já fizeram uso? Então, se tiver 50 lá, se você olhar uns 3, é muito! E essa galera toda já tomou anabolizante! E aí, cadê o resultado? Se fosse só tomar...e se bobear, já tomaram mais que eu!*

O interessante nessa fala é a supervalorização da disciplina e do sacrifício pessoais em detrimento dos efeitos da testosterona. Os resultados dependeriam dessa ascese muito mais do que do uso em si, pois "é o indivíduo – e tão-somente ele – quem vai prestar contas ao olhar crítico e hierarquizante dos seus pares, além de se submeter ao constante escrutínio da fita métrica e do espelho em um processo que dele exige uma conduta ascética, racional e individualista" (SABINO, 2002, p.174). Para Debert (1997, p.42) seria um "hedonismo calculado", no qual "a recompensa pelo corpo ascético não é a salvação espiritual, mas a aparência embelezada, um eu mais disputado". Reduzir todo esse esforço a "um simples comprimido", como coloca Jorge (CH), chega a ser ofensivo, pois desconsidera todo esse investimento.

Além de justificar seu próprio sigilo, Jorge também defende que os fisiculturistas, de uma maneira geral, não comentem, devido a uma retórica que é muito frequente sobre o uso de esteroides anabolizantes no esporte, a ideia do *doping* como trapaça ou fraude.

> *do mesmo jeito que eu não quero que as pessoas saibam pra não dizer que tudo é do anabolizante, as pessoas também não gostam de falar pra, em caso de um resultado, não dizer que foi, digamos, roubado, né, o pessoal roubou né.? "Não, eu fiz o treino, eu comi, eu fiz tudo bonitinho". Fez porra nenhuma! Aí ele vai tomar anabolizante, não ter resultado nenhum e vai ficar naquela...*[Risos].

Em diferentes entrevistas, eles repetem que as pessoas não contam, dizendo que "é *Whey*", dieta ou só a prática da musculação. Nos poucos casos em que houve um problema de saúde que levou os homens ao médico, a mesma "mentira" era contada no consultório, ainda que sem sucesso. De toda forma, é muito interessante pensar nessa redução de todo a ascese necessária para atingir e manter uma forma física "perfeita" à testosterona apenas. O estigma do "tomador de anabolizante" se configura de forma muito semelhante ao que Michel Foucault argumenta sobre o homossexual no século XIX.

> Torna-se uma personagem: um passado, uma história, uma infância, um caráter, uma forma de vida; também é uma morfologia, com uma anatomia indiscreta e, talvez, uma fisiologia misteriosa. Nada daquilo que ele é, no final das contas, escapa à sua sexualidade. Ela está presente nele todo: subjacente a todas as suas condutas, já que ela é o princípio insidioso e infinitamente ativo das mesmas; inscrita sem pudor na sua face e no seu corpo já que é um segredo que se trai sempre. É-lhe consubstancial, não tanto como um pecado habitual, porém, como natureza singular (FOUCAULT, 1997, p.50).

É notável como a mesma descrição se encaixe confortavelmente ao "bombado", e como sua redução ao anabolizante incomoda os usuários de testosterona de forma análoga aos homossexuais em relação à sua sexualidade. Assim como na descrição de Foucault (2007), existe uma lenda de que o usuário de testosterona (seja cis ou trans) é facilmente identificável, de forma que sua tentativa de sigilo será sempre traída pela simples visualização de seu corpo. Na minha experiência, isso não passa de um estereótipo; alguns de meus interlocutores, como já comentei, não eram gigantes, e duvido fortemente que alguém os classificasse como "bombados". Por outro lado, assim como muitos homens gays afirmam possuir uma capacidade de identificar outros apenas pelo olhar (uma espécie de radar, jocosamente referido como *gaydar*), alguns homens dizem o mesmo sobre outros usuários de testosterona. Mateus (CH) é especialmente enfático em relação a isso, que repete pelo menos três vezes ao longo da entrevista. Sendo eficaz ou não, não podemos ignorar que essa ideia de um "radar" é um resultado do estigma; os estereótipos generalizantes que constroem uma "identidade deteriorada", ou mesmo a maneira de responder a eles, é que irão fornecer as bases para uma possível identificação entre os estigmatizados.

Porém, ainda seguindo o raciocínio de Goffman (2008), nem sempre o sigilo, ou seja, a tentativa de negação ou "encobrimento" total do estigma, será a "técnica de controle de informação" escolhida. Entendendo o estigma na sua acepção mais física, é possível que ocorra uma ressignificação de determinados "sinais corporais" que poderiam denunciar o estigma, tornando-os, ao contrário, símbolos de orgulho a serem exibidos. Entre meus interlocutores, as cicatrizes cumpriam o papel dessas marcas corporais a serem enaltecidas.

É preciso refletir como as cicatrizes são importantes para a construção de uma certa masculinidade. Entre os estudantes alemães do século XIX, sobreviver a um duelo garantia "*status* social para o resto de suas vidas, um *status* que era confirmado pelas marcas do duelo, que deixava cicatrizes no rosto para todos verem" (MOSSE, 1996, p.50, tradução livre[255]). A virilidade desses homens, pois, ficava automaticamente evidente em suas cicatrizes, tanto que "[a]lguns não escondiam o orgulho de possuí-las e assim, não raro, elas se transformavam em verdadeiros troféus, inscritos nos corpos, símbolos de sua dignidade, atestado de destemor obtido e valorizado, inclusive, pelos perdedores. (OLIVEIRA, 2004, p.25).

Entre meus interlocutores, observo o mesmo orgulho da cicatriz, tratada como uma marca de guerra, reproduzindo o arquétipo masculino do guerreiro/soldado. Eles me relatavam sobre suas repetidas lesões com uma encenada indiferença: "*Eu tive no ombro...já tá literalmente fodido, eu tenho que pegar às vezes e dar uma parada*" (Samuel, CH). Por vezes, falar das lesões servia para demonstrar sua enorme resiliência, como no relato de Sérgio (CH):

> *comecei a ter muita lesão, tenho uma lesão no ombro, tenho uma lesão no joelho, entendeu, justamente por causa disso, porque a musculatura não aguenta, e eu tô forçando além do que ela consegue* [...] *eu tenho um problema no ombro esquerdo que ele...eu fico com uma bola roxa no ombro. Vou fazer um supino ou vou malhar ombro, uma coisa que vai forçar um pouco mais o ombro, então fica uma bola roxa e uma dor absurda, tipo assim, enquanto eu tô malhando, ainda consigo levar aquela dor, depois que para, esfria, aquela dor é absurda! Muita dor, aí tem que tomar anti-inflamatório.*

Sérgio me conta isso como se fosse algo sem importância. Ele consome analgésicos quase que ininterruptamente por conta dessa lesão recorrente, mas não faz fisioterapia, nem fez os exames que o médico passou, apesar dos conselhos do educador físico de sua academia. Para Sérgio, a dor do ombro é algo com o qual ele irá conviver pelo resto da vida. Isso me lembrou a análise de Sócrates Nolasco sobre o final do filme *Blade Runner*, no qual

> o androide, pouco antes de morrer, fere propositalmente o corpo para sentir dor. Esta seria a informação de que precisava para se sentir vivo, a dor naquele momento chegava até seu coração e alavancava a paixão que ele desenvolvera pela vida. Uma paixão reclusa, exilada na razão por que ele fora criado: guerrear, combater e eliminar (NOLASCO, 1993, p.79).

É a mesma paixão evidenciada no ditado "*no pain, no gain*". O fato de ser um androide, uma verdadeira máquina de guerra, a demonstrar esse comportamento só reforça meu argumento da atualidade do estereótipo do guerreiro para a masculinidade hegemônica.

[255] No original: "social status for the resto f their lives, a status that was confirmed by the marks of the duel, which scarred their faces for all to see".

Mateus (CH) também me conta sobre repetidas lesões que teve, fazendo questão de exibir, com evidente orgulho, a deformação resultante.

> *E aí, até por conta da lesão no braço, e também uma lesão que acabei tendo depois, enquanto treinava, no ombro* [Você teve que ajustar muita coisa no treino?] *Não, não!* [Hoje, você tem alguma dificuldade?] *Não, não sinto nada. A única restrição que eu tenho é que ele fecha um pouco menos a angulação.*

Com essa fala, ele me mostra que não estica todo o braço, que atinge no máximo, uma angulação bizarra, um pouco angustiante ao olhar. Essa exibição de algo que é esteticamente feio chama um pouco atenção quando vinda de um homem que defende o uso da testosterona por razões exclusivamente estéticas. É de se pensar que o belo é realmente relativo. Essa exibição, até voluntária, de deformações físicas parece ser comum entre lutadores de jiu-jitsu.

> Uma das marcas ostentadas pelos lutadores são as orelhas "quebradas" pelo ato de forçá-las no chão durante os treinos. As orelhas deformadas são tidas como emblemas de um lutador experiente, ou, como dizem, "casca-grossa". Elas podem ser obtidas nos treinos prolongados e também como um ato voluntário de forçá-las contra o chão ou esfregar vigorosamente o quimono direto na pele repetidamente, por alguns praticantes iniciantes. Na maioria das vezes, isto é feito de modo a apressar a fixação de uma marca inequívoca de lutador experiente: o "casca-grossa", isto é, aquele que domina com perícia as técnicas e conhecimentos específicos (CECCHETTO, 2002, p.169).

Essa ideia de "casca grossa", numa conotação bem literal, aparece na história de Frederico (TH). Lutando para ter sua masculinidade reconhecida na Escola de Formação da Guarda Municipal, ele se forçava a realizar os exercícios "masculinos", como vimos anteriormente. As mulheres faziam flexão de braço com as mãos espalmadas, ao passo que os homens deveriam fazê-lo com os punhos cerrados. "*Então, eu fazia a porra lá das flexões e machucava...os machucados* [...] *formam calos assim, mas eu machucava bem mais antes, sem a testosterona, do que depois, mas depois eu já tinha calo também. Mas a textura da pele mudou, ficou mais grossa*".

Ainda que as cicatrizes não sejam orgulhosamente exibidas, ostentá-las garante um *status* de alguém que passou por uma situação difícil, e sobreviveu para contar a história, servindo de exemplo e motivo de admiração para novatos e iniciantes. Esse era o caso observado por Mosse (1996) entre os oficiais da reserva das Forças Armadas, e pode ser percebida no discurso de alguns homens trans mais velhos, como Ivan (TH): "*a minha histerectomia é vertical…corte, normalmente é horizontal, o meu foi vertical, para fazer um enxerto de pênis na barriga. Então, é…hoje não se faz mais na barriga*". Com isso, Ivan possui hoje uma cicatriz grande, desnecessária e ultrapassada, que não será compartilhada pelos rapazes mais jovens. O que fica é sua história, indicando como já foram mais difíceis e dolorosas as cirurgias de adequação de gênero. A mesma situação se repete na entrevista com

Flávio (TB), ao se referir a um amigo trans, mais velho, que exibe as marcas de um período de menor visibilidade trans, e, consequentemente, menor difusão de conhecimentos: "*ele começou a se auto aplicar muito, e aí teve problema na perna. Ele hoje anda com dificuldade, tem uma cicatriz enorme aqui na perna de uma injeção que ele...foi mal dada*". Temos aqui a descrição de um veterano de guerra.

Na mesma linha de cirurgias excessivamente intrusivas (e felizmente ultrapassadas), Leandro (TH) me conta sobre sua mamoplastia masculinizadora, uma verdadeira odisseia que envolveu sete intervenções cirúrgicas! Ao final desse processo, Leandro estava esgotado, e, comentando sobre os resultados, afirma que

> *não ficou perfeito, claro que não, já tinha cicatrizes superpostas, mas eu falei, "agora eu vou fazer uma tatuagem e vou resolver o problema com a tatuagem, mesmo que não resolva!" E aí, esperei passar o período, e fiz uma* tattoo *que abrange o peito todo, então cobriu uma parte considerável, só do lado de cá é que não, porque ainda aparece uma linha aqui* [Mas você fica sem camisa?] *Fico, fico, fico! Depois que eu consegui fazer a* tattoo*, eu consegui.*

Cobrir a cicatriz do peitoral com uma tatuagem é uma prática comum entre homens trans, numa tentativa de encobrimento do estigma. Porém, Mario Carvalho (2015), analisando um ato público organizado pelo movimento trans, reproduz a fala de uma liderança do movimento que deixa claro que as cicatrizes entre os trans também podem (e até devem) ser exibidas com orgulho.

> Ele subiu a escadaria e, ao microfone, foi chamando um nome depois de outro. Como se fossem atores escondidos na plateia, vários rapazes começam a subir as escadarias e se posicionam lado a lado. [...] No ponto alto de sua fala, diz: "*A sociedade pode não nos aceitar. A sociedade pode não nos tolerar. Mas a sociedade vai ter que se acostumar com a gente. Vai ter que se acostumar com nossos corpos. Vai ter que se acostumar com homem de buceta, sim!*". Arrancando aplausos, ele e outro ativista ao seu lado tiram suas camisas e exibem as cicatrizes de suas mastectomias: "*Temos orgulho de nossas marcas!*" (CARVALHO, 2015, p.199, grifos no original).

A partir dessa discussão, dois pontos ficam evidentes: (I) exibir as marcas corporais cumpre um papel de positivar um estigma; e (II) a cicatriz continua exercendo um certo fascínio para a masculinidade, de forma que exibi-la é mais uma técnica de comprovar a própria virilidade.

8.3 **Uma pedagogia da testosterona**

Até então, a testosterona é descrita de forma muito elogiosa; os problemas que apareceram eram muito mais devido à interrupção súbita do que ao seu uso propriamente dito. Mas nem tudo são flores. Os problemas da testosterona, que vinham sendo escamoteados, começam a emergir quando discuto com eles a possibilidade de indicar o hormônio para outras pessoas.

Começando pelos que afirmam indicar tranquilamente, Renato (TG) é o mais direto, não dando muita importância à questão: "*Se a pessoa quisesse, eu indicaria*". Mais simples, impossível. Quando pergunto a Claudio (CH) se ele indicaria, ele até ri: "*É meio que óbvio, né?"* A resposta não poderia ser diferente, já que Claudio (CH) passou toda a entrevista defendendo que a testosterona, se usada corretamente, não causa nenhum problema significativo. Aproveitei para lhe perguntar se ele é uma referência para pessoas que buscam a testosterona, o que ele confirmou.

> *Até porque, quem vem até você procurando...porque vem dois tipos de pessoas, quem quer emagrecer,* [...] *eu explico, "olha, a minha alimentação, como atleta, é diferente de uma alimentação para você, eu sou mais...rigoroso, sou mais estreito, sou mais...entendeu, a dieta é restrita, ao passo que uma pessoa que quer só emagrecer, é diferente a comida, é preferível que procure um nutricionista que oriente melhor". E tem a pessoa, realmente, que está com o intuito de competir, né, acha que pode competir, que tem um* shape *para competir, ele já vem fazendo uso, ele não vai fazer uso só porque...a pessoa já tem um* shape*, então, já faz uso com certeza! Ele não vai falar, mas, com certeza, já está no...o intuito dele é esse.*

Um ponto a ser destacado nesse trecho é que um dos dois "tipos" de pessoas que procuram Claudio (CH) para saber da testosterona são potenciais fisiculturistas. Ao que tudo indica, existe uma ideia mais ou menos disseminada de que esse seria o público mais adequado (ou legítimo, ou, pelo menos, frequente) para usar o hormônio. É o que fala Evandro (CG) quando perguntado se indicaria ou não para outras pessoas.

> *Simplesmente* ***eu*** *não faço, mas cada um tem um conceito diferente, uma linha de raciocínio diferente, e eu respeito a opinião de cada um. Caso queiram uma opinião minha vou falar, na minha opinião* [pausa] *dependendo do objetivo não é bom, mas dependendo se você for fisiculturista, quer ficar fortão, vai se sentir feliz com isso? Beleza, vai!*

Mesmo sendo Evandro (CG) um homem decepcionado com a testosterona, que passa a considerar mais danosa que benéfica, ele considera que a mesma seja adequada para alguém que pretenda se tornar fisiculturista, o que nos leva a pensar que não seria em outros casos. Estabelecer um critério condicional para a decisão sobre indicar ou não é recorrente entre

meus interlocutores. Sílvio (CG), por exemplo, se refere ao estigma no uso de anabolizantes para limitar a quem indicaria. Pelo que pude entender, a preocupação era com a reação das pessoas no momento em que ficasse evidente que ele próprio é um usuário.

> *Depende do meu grau de relação com essa pessoa. Se é alguém que é íntimo, eu indicaria, como já indiquei também, no caso, mas não para qualquer um.* [Por que?] *Por conta do preconceito e do estigma. Como eu não sei como essa pessoa vai receber, vai processar e, às vezes, ela vai receber, processar, e não vai me falar para eu também ter a oportunidade de ter uma discussão sobre isso, só faria com pessoas que realmente eu tenho um grau confiança e intimidade maior.*

Assim, Sílvio (CG) indicaria apenas para aquelas pessoas que ele considera que não fossem julgá-lo pelo uso, o que me parece um pouco irreal, pois supõe-se que alguém que busca a testosterona não teria uma visão negativa do usuário. Já para Antônio (CH), a condição que deve ser atendida é etária.

> *Bom, eu recomendaria para uma pessoa já assim...acima dos 20 anos, mas eu falaria dos riscos e dos benefícios, mas assim, se a pessoa quisesse tomar mesmo, vou falar "se quiser tomar, é assim que se toma". Ponto. É assim, mas não vou ficar, "toma, toma, toma, toma, toma". A pessoa tem que se sentir à vontade.* [Você acaba sendo uma referência para isso?] *Bom, algumas pessoas vêm me perguntar onde é que eu arrumo coisa e tal, se você arruma...e assim, dependendo da pessoa, eu falo, "ó, não sei". E, também, às vezes não me interessa, porque geralmente é menor de idade, coisa e tal, e esse caso para mim...principalmente quando a pessoa é menor de idade, eu acho que não vale à pena, porque desregula o hormônio da pessoa.*

Ao justificar as razões do condicionante etário, Antônio (CH) descortina um problema da testosterona, que seria o desequilíbrio hormonal. Porém, me parece claro que a testosterona não teria esse efeito apenas em pessoas menores de idade – por que então Antônio considera problemático somente para esse público? Quando tentei aprofundar mais essa questão, ele simplesmente repetiu a mesma ideia de desregulação hormonal, mas, considerando outros fatores fora da entrevista, como sua interação com outras pessoas presentes (entrevistei Antônio num campeonato regional de fisiculturismo), tive a impressão que ele também "repassa" anabolizantes, de forma que, talvez, o impedimento da maioridade seja mais uma preocupação legal do que química.

Um outro ponto interessante nessa fala de Antônio (CH) é a ideia do "é assim que se toma", que conflita com as opiniões de Jorge (CH) e Mateus (CH), muito críticos às "receitinhas prontas" da *broscience*. A legitimidade de Antônio para dizer o modo correto de usar testosterona vem exclusivamente de sua larga experiência com anabolizantes, que usa há muitos anos, e com uma gama bem ampla de substâncias "testadas". Para alguns de meus interlocutores, a vivência não traz legitimidade. Um deles é Rubens (CG), que diz algo muito parecido com Antônio, mas aciona a autoridade de sua formação acadêmica na saúde. "*Se*

elas realmente tivessem uma saúde íntegra, que não corresse risco...eu recomendo que faça, mas faça bem feito!".

Não fica claro como Rubens (CG) decidiria que alguém que ocasionalmente lhe pergunte sobre anabolizantes tenha ou não uma "saúde íntegra", ainda mais se concordamos com Joseph Dumit (2012) que vivemos um período no qual ninguém pode se considerar plenamente saudável. De toda forma, a saúde não é a única condição imposta por Rubens; é preciso ainda que as pessoas interessadas "*tenham dinheiro para gastar, porque o ciclo gasta muito dinheiro. Um ciclo bom gasta-se muito*". Nesse ponto, acredito que todos meus interlocutores concordariam – o ciclo, mais o pós-ciclo, a suplementação e os ajustes na dieta podem facilmente ultrapassar mil reais mensais.

Tirando esses exemplos pontuais, o condicional mais frequente nas entrevistas foi, de longe, a necessidade de acompanhamento médico, apresentada por mais da metade dos meus interlocutores. A necessidade médica deles é tamanha a ponto de eles apresentarem como essencial algo que nunca fizeram, como na história de João Pedro (CG): "*Eu falaria, "eu tomo, mas você vá ao médico". Até porque, eu não fui, mas eu falaria, "oh, eu fui ao médico, ele me falou pra tomar e tal, você deveria ir pra ver". Assim, eu não prescrevo nada e nem digo o que tomar. Nem dicas!*" Em português claro, João Pedro (CG) mentiria, mas insistiria que deve-se ir ao médico antes, uma postura muito parecida com a de Sérgio (CH).

> *Bom eu primeiro perguntaria, "vem cá, como é que você tá, em questão de saúde e o caramba, você já fez algum* check-up*?" Perguntaria como é que anda, para aí sim, depois, indicar. "Olha só, eu uso tal coisa, entendeu, eu uso anabolizante, por isso eu tenho um ganho maior que o seu", então...eu posso até te falar com você qual que eu tomo, o que que eu tomo, mas não te indico, a não ser que você faça um* check-up *e converse com um médico.*

Assim, Sérgio (CH), que falou abertamente que "repassa" anabolizantes, afirma só indicar depois de um *check-up* e uma consulta médica, duas condições que ele mesmo nunca cumpriu. Não se trata de simplesmente acusá-los de mentirosos. Como vimos na introdução, o processo de medicalização segundo Conrad (2007) consiste em transformar situações cotidianas em problemas de saúde, que deverão ser tratados num espaço biomédico. Daí deriva que, sendo as "alterações hormonais" vistas como perigosas, imprevisíveis e pouco compreendidas pelo leigo, o uso da testosterona demanda orientação médica. A ida ao médico vem no sentido de mitigar os riscos, ainda que esses homens considerem que, pessoalmente, sejam capazes de gerir de outras formas os males potenciais da testosterona.

Analogamente, entre aqueles que optaram por fazer o acompanhamento médico, o conselho é seguir o mesmo caminho: "*Claro, com certeza!* [...] *da maneira pelas quais eu fiz*

e faço. Assim, é um investimento que você faz. Se você tem condições de fazer com esse investimento, faça!" (Otávio, CG); "*De forma consciente, né, com acompanhamento médico, eu indicaria sim.* [...] *Uso indiscriminado, sem orientação médica né, pode causar vários danos à pessoa, então eu não acho legal.*" (Roberto, CG).

Ouvi também relatos de pessoas que tiveram as duas experiências, com e sem acompanhamento médico, e tendem a indicar a ida ao consultório para os outros, numa compreensão de que, com o médico, há menos riscos. É o caso de Mateus (CH).

> *Recomendo, inclusive!* [risos] *Mas eu sempre digo, a minha recomendação, que é o jeito que pra mim foi mais interessante, é com o acompanhamento médico. Porque eu acho que é muito arriscado, ou melhor, eu não correria o risco de novo de tomar por conta, sem ter o equilíbrio de todo o resto que você tá desequilibrando ao tomar um agente assim, né? Porque aí sim eu acho que é arriscar demais, né, é pesado demais e não tem porquê, por mais que existam...você entra em qualquer blog aí de hipertrofia, de maromba, não sei o quê, tem as fórmulas prontas. Pô, toma Deca com Dura, toma isso, toma o sei lá o quê que é o nome do remédio que rebate o fígado, que rebate o efeito colateral do não sei o quê. Eu acho mais interessante com os exames, talvez com o endócrino, com algum tipo de médico pra entender todo o cenário.*

Fernando (CG), que também fez uso por conta própria e acompanhado, faz coro a essas falas, afirmando que indicaria "o tratamento" para outras pessoas com um quadro clínico semelhante ao dele. Novamente a idade desponta como um fator a ser considerado: para pessoas mais próximas de sua idade, ele diz já ter indicado sua endocrinologista, fossem homens ou mulheres. Contudo, nesse caso, a limitação etária está muito associada ao diagnóstico – ninguém sofrerá de deficiência hormonal aos 20 anos, salvo em casos clínicos muito específicos. Assim, ele afirma que indicaria

> *Com certeza, com certeza! Principalmente quando a gente tá falando dessa questão de andropausa, né?* [E se não fosse andropausa? Se fosse alguém mais jovem que viesse lhe perguntar?] *Bom, o conselho que na verdade eu geralmente dou, porque isso acontece, né, não é só na clínica, mas na rua, com pessoas, eu sempre digo assim, gente, primeiro...é...seria bom que você tivesse, ou encontrasse alguma forma de que você tivesse, no mínimo, alguma orientação médica, alguma orientação profissional. É, isso número um! Pra você ter pelo menos um acompanhamento mínimo, né, disso.*

Não podemos conferir essa preferência pelo acompanhamento médico apenas ao processo de medicalização da sociedade. É inegável que a ida ao consultório representa uma facilidade de acesso a algo que, de outra forma, será obtido ilegalmente. Trata-se, portanto, de uma dupla legitimação atestada pelo médico. Primeiro, no sentido de controlar a testosterona; segundo, na garantia da qualidade do produto comprado na farmácia e regulado pelo Estado. Esse último fator é centrado menos num risco orgânico causado pela testosterona, e mais pelos meandros relativos ao acesso (e ao custo) via consultório particular, SUS, ou no mercado ilegal. Frederico (TH) foi o primeiro a abordar mais diretamente essas questões.

> *Eu sempre estimulo a pessoa a procurar acolhimento no SUS. Tomar por conta...eu evito, mas tem muitos lugares que não existe esse acolhimento! Eu acredito que aí abre-se espaço para essa coisa de tomar por conta, mas sempre dialogando o máximo possível com outros meninos* [...] *por questões de segurança mesmo né.*

As "questões de segurança" a que Frederico se refere é o medo da falsificação. Augusto (TH) tem uma conduta muito parecida, que elabora um pouco mais que Frederico.

> *Ah, muitas pessoas fazem isso comigo, lá pelo Facebook. A primeira coisa que eu falo é que tem que ir num médico* [...] *eu procuro indicar primeiro ou um psicólogo ou um endocrinologista pra poder fazer o acompanhamento certinho, mas muitos não têm dinheiro, muitos não têm como, aí eu falo assim, "tá, você quer fazer, então, se você vai comprar no mercado ilegal, procure comprar com alguém que já tome há muito tempo, que tenha uma garantia de que é mesmo testosterona, não vai comprar com quem você não conhece, que ninguém conhece. Porque isso é complicado! Por mais que eu ache errado fazer dessa maneira, eu entendo que, às vezes, é uma necessidade que a pessoa tem* [...] *eu falo, "ó, tem isso, isso e isso, e pode acontecer isso, isso e isso". Então, a maneira menos pior, você procure alguém, até falo, "ó, esse aqui já toma há algum tempo, vê com ele".* [...] *pelo menos, ali é mesmo testosterona, não é qualquer coisa que está ali.*

Porém, a medicalização do cotidiano e a segurança da legalidade não dão conta de responder porque as pessoas consideram a intervenção médica importante a ponto de insistir nisso com os outros, mas não adotam para si a conduta indicada. Muito se fala do mito de invulnerabilidade masculina, "que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si e se exponha mais às situações de risco" (PNAISH, 2008, p.6). Esse discurso foi a tônica do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem lançado pelo Ministério da Saúde em 2009, que o considerou uma "barreira sociocultural" à procura dos homens pelo serviço de saúde, e uma justificativa para as altas taxas de mortalidade masculina por "causas externas" (acidentes e violência). A masculinidade hegemônica de fato incentiva, historicamente, uma postura aventureira e destemida, que expõe o homem a uma série de riscos. Além disso, as normas de gênero estabelecem que o cuidado, incluindo o cuidado em saúde, é uma atribuição feminina; o homem provedor, pelo contrário, deve ser um desbravador, e, para tanto, irá inevitavelmente correr riscos.

> O documento [o PNAISH], de algum modo, afirma o caráter "insalubre" de certa masculinidade, sendo os homens apresentados como vítimas de sua própria masculinidade, ou seja, das crenças e valores que constituiriam as "barreiras socioculturais" que se antepõem à medicalização (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p.672)

Assim, acredito que realmente exista um incentivo cultural a atitudes arriscadas, que podem levar a uma resistência simbólica por parte dos homens ao serviço de saúde. O problema é que esse pressuposto tem embasado uma abordagem vitimária do homem. Já vimos como a masculinidade hegemônica é um ideal largamente inatingível, mas esperado de todos os homens; estar fora desse padrão é uma fonte de ansiedade e até de violência,

dependendo do quanto o homem se afaste do ideal. Mas isso não pode significar que a saída seja pela via da vitimização de alguém que está no topo de uma diferença hierárquica.

> Os autores que chamo de vitimários buscam tornar pálida uma evidência óbvia: antes de ser vítima, o homem é beneficiário do sistema de gênero vigente. Se há a possibilidade de enxergar opressão para os homens no modelo desse sistema, isso ocorre devido ao fato de sempre existirem custos para se estar no topo (OLIVEIRA, 2004, p.190).

Mais do que a vitimização, uma melhor estratégia de compreensão do conflito entre a medicalização e a masculinidade hegemônica seria pela via da competitividade. É o que observa Rolf de Souza.

> A masculinidade é conquistada [...] através de pequenas batalhas em que os homens competem com outros homens, numa tentativa de conseguirem honra e louvor. [...] O perigo que paira sobre [os] homens é que sua virilidade pode ser tomada a qualquer momento por outro homem, ameaça que, aliás, paira sobre qualquer homem, colocando-os em constante competição entre si (SOUZA, 2003, p.96-7).

Essa competição se dá em todos os espaços de sociabilidade masculina, seja entre inimigos, amigos ou totais desconhecidos. A masculinidade é frágil, e precisa ser constantemente provada, muito através da negação da masculinidade do outro. Assim, uma série de fatores afastam e aproximam os homens do serviço de saúde, mas o que importa para o meu argumento é o processo simbólico e dialético no qual a invulnerabilidade é obtida através da vulnerabilização do outro. Quando meus interlocutores, ao aconselhar outros homens, reafirmam a importância do médico do qual eles mesmos prescindem, em certa medida, deixam subentendido que os outros precisam do médico, ou seja, os outros seriam vulneráveis – mas não eles! Numa lógica binária dos gêneros, retirar a masculinidade de alguém (e vulnerabilizar) significa, inevitavelmente, uma feminilização. "O modelo da masculinidade é competitivo e hierarquizante [...] Tenta-se, na competição, feminilizar os outros" (VALE DE ALMEIDA, 2000, p.185-6). Assim, se uma preocupação com a saúde é uma característica feminina, quando meus interlocutores dizem que os outros precisam ir ao médico, eles feminilizam seus virtuais rivais, ao "roubar-lhes" masculinidade. Esse roubo simbólico de virilidade torna-se concreto em práticas como as touradas mediterrâneas descritas por Vale de Almeida (2000) e Julian Pitt-Rivers, ou a rinha de galos balinesa por Clifford Geertz. Nessas encenações, um homem toma para si a masculinidade dos animais.

> É a reivindicação da *hombria* através do sacrifício do animal mais viril do bestiário. O touro sacrificado (de facto, na tourada espanhola, simbolicamente na portuguesa) lega à humanidade, através da sua imolação, as suas qualidades de macho. [...] o matador simboliza um papel feminino no primeiro *tercio*, ao passo que no terceiro *tercio* (o da morte) atinge uma incorporação hipermasculina, apropriando-se dos valores fálicos do touro. (VALE DE ALMEIDA, 2000, p.202-3, grifos no original).

De forma bem menos dramática, mais ainda assim significativa, meus interlocutores reproduzem um processo semelhante de acumulação de virilidade: ao novato que o procura pedindo conselhos, é prescrita à submissão a autoridade de outros homens; já ele, torna-se mais homem ao se apresentar como alguém que não precisa se subjugar a nenhum outro homem, incluindo o médico.

A inevitabilidade da competição masculina pode ser resolvida ainda de outra maneira. É possível que o homem experiente, cuja masculinidade está mais assegurada, se disponibilize como um tutor, chancelando a masculinidade do outro. Esse processo tem um forte componente paternal, que fica escancarado no relato de Leandro (TH) sobre o momento que decidiu contar para o pai que iniciaria sua transição: "*meu pai, apesar de ele ser uma pessoa muito mais tranquila, tolerante, eu sentia que masculinidade é bastão, sabe, corrida de revezamento? Se ele, de alguma forma, me negasse o bastão...inviabilizaria o processo*" de reconhecimento de sua masculinidade. Ao se apresentar como capaz de conferir masculinidade, não apenas o homem esbanja virilidade, como se tivesse tanta a ponto de dar para os outros; há também uma subordinação do outro, cuja virilidade precisa ser ensinada. Novamente, vemos um paralelo com o ritual de iniciação Sambia descrito por Herdt (1994): o sêmen cumpre, materialmente, o mesmo papel pedagógico para a masculinidade que o conhecimento cumpre em nossa sociedade.

É dessa forma que alguns de meus interlocutores irão se tornar uma referência acerca da testosterona, sendo frequentemente questionados sobre usos do hormônio, às vezes até por desconhecidos. Isso se tornou tão comum na vida de Ivan (TH) que ele chegou a fazer um censo, tanto de homens trans quanto de médicos mais sensíveis a esse público. Para Ivan, é essencial que o uso da testosterona (e a transição como um todo) seja acompanhada por três profissionais, o psicólogo, o endocrinologista e o ginecologista.

> *Então, a primeira coisa quando um garoto quer entrar na transição é encaminhar ele para um psicólogo* [...] *Todos estão confusos, não sabem por onde começar, aí eu indico psicólogos…às vezes não dá para indicar se o cara mora no interior do Acre, ou até na capital do Acre, eu não tenho nem endocrinologista e nem psicólogo para lá. E ainda tem um fator agravante que é bom que você saiba, que está relacionado a hormônio, que é a questão da ginecologia. Nenhum transhomem vai à ginecologista. Eu tenho dois ginecologistas na minha lista, um no Rio de Janeiro e outro em Ribeirão Preto.*

Com isso, Ivan (TH) se tornou uma verdadeira central de informações para rapazes que iniciam a transição e procuram conselhos nesse sentido. É interessante pensar que essa não é uma característica exclusiva de um grupo mais restrito, mas se repete, em menor grau, e

sem esse caráter de central, com vários de meus informantes. Por vezes, essa busca faz com que eles tenham que refletir antes de responder o que usam, como relata Mateus (CH).

> *Então a galera vinha, "pô, mano, o quê que é bom pra secar? O quê que é bom não sei o quê? Qual que é o suplemento do momento?", então comprava, revendia, fazia a ponte pra eles e tal [...] Virei a referência de fato!* [...] *E aí isso foi um lance que pra mim assim, sempre fiz questão de dizer assim, "cara,* ***pra mim****, isso funcionou de tal maneira.', né? Então, tipo, não sei velho, você quer tomar o que eu tô tomando? Sei lá, né, o quê que você treina, o que você faz? Até o pessoal do trabalho, "não, mas tá bacana, o seu corpo tá da hora! Pô, cê tá grandão, tá inchado e não sei o quê! Quê que cê tá tomando?", "pô, tô tomando, sei lá, Deca, tô tomando enantato, tô tomando oxandrolona.'. Qualquer coisa que tivesse fazendo uso. "Pô, mas cê não consegue pra mim?" Também vejo que talvez do meu lado ainda tinha um bom senso de falar: "Velho, mas cê tá treinando, velho? Há quanto tempo cê tá treinando?", "Não, comecei ontem." "Velho, treina um mês, se adapta nessa porra, depois você vai pensar em tomar um Whey, em tomar um pré-treino. Ainda mais se for um lance de esteroides* [...] *Na minha visão, sempre foi assim. É muito queimar a largada, você achar que vai fazer muita coisa agora, no começo, e daqui a um ano você não vai tem mais recurso pro que você vai usar, né?*

Leandro (TH) é outro que se preocupa com os conselhos e indicações dados, pois também é colocado nesse lugar de referência, principalmente para rapazes mais jovens. Num relato bem semelhante ao de Mateus (CH), ele tem o cuidado de procurar incitar uma reflexão sobre o que realmente esses homens esperam da testosterona; assim como tenta evitar que, ao falar de sua experiência com hormônios, os outros simplesmente o copiem, o que pode ser ruim.

> *Acho que a primeira coisa é perguntar as expectativas dele, né? Eu acho que isso é antes de mais nada. Que homem você se imagina, né? Porque eu vejo essas questões muito atravessadas pelo viés geracional também. Eu sou um homem de 43 anos, isso me aproxima muito mais de um homem cis de 43 anos do que de um rapaz trans de 22, em termos de experiências de vida, de significados de gênero, de expressões de masculinidade...então, eu tenho sempre muito cuidado quando é um rapaz muito jovem que vem me falar isso, porque a minha geração teve limite, inclusive na concepção de masculinidade, e hoje eu vejo isso com muita tranquilidade. Para mim, como homem, a necessidade de uma correspondência física com a masculinidade, ela sempre foi uma necessidade e permanece sendo, mas não acho que isso possa ser generalizável de modo algum! Eu acho que essa garotada vem trabalhando seus corpos, às vezes pela via do exercício, pela via da indumentária* [...] *não como uma necessidade constante para o dia-a-dia. Eu sou um cara forjado no Fordismo, né, na ditadura militar, sabe, numa concepção de sociedade muito mais binária* [...] *então, para mim, para me sentir um homem nessas circunstâncias históricas* [...] *as modificações físicas são fundamentais. Então eu digo isso, primeira coisa, que homem você quer ser? O que que você considera um homem bom para você, né?* [...] *no começo, eu acho que cometi muitos erros, inclusive nessa direção, porque a minha primeira tendência era reportar a minha experiência* [...] *mas hoje, cada vez mais, nos últimos anos, eu tenho ressignificado isso. Então, a primeira coisa que eu pergunto é isso, "você já está pronto? Pro quê que você está pronto?".*

Outro ponto análogo nas histórias de Mateus (CH) e Leandro (TH) é a ideia de que haveria um momento certo para iniciar o uso da testosterona; se alguém começa a tomar antes de "estar pronto", corre o risco de "queimar a largada". Esse limiar que precisa ser atingido,

uma espécie de preparação necessária para receber a testosterona, está presente também nos conselhos que Samuel (CH) recebeu, e julga importante repassar.

> *Eu falaria para você malhar antes, conhecer o teu corpo e depois...pesar antes, vou tomar, não vou tomar? Pesquisa! Vai ao médico, pesquisa, conversa com as pessoas, porque não é assim, "ah, vou tomar e dane-se", sacou? Porque aí* [...] *esquece que tem o depois, que vai...o cara não sabe nem o que é testosterona, só quer ficar grande! Aí depois o cara não sabe que tem que fazer uma terapia para poder fazer o corpo voltar a produzir testosterona...* [...] *A única coisa que eu falo pra tu, "ah, vou tomar..." Cara, estuda! Não vai tomar às cegas, estuda!*

Um contraponto à mencionada fidelidade na orientação médica aparece na fala de Rubens (CG), para quem, dependendo do caso, o médico pode mais atrapalhar que ajudar.

> *É, o caso do acompanhamento médico é uma faca de dois gumes, porque você pode cair na mão de um profissional muito bom [...] um tratamento coerente né, com coerência, mas você pode cair na mão de um cara, igual a um garoto que eu saí uma vez, e o cara brincando de fazer experimento com o garoto e o garoto não tem ganho nenhum, e é notório. Vamos supor, se eu sou um profissional médico eu chego, primeira coisa, "você faz dieta? Você treina?", não adianta! [...] não malha direito, não se alimenta direito...não vai servir pra nada! Seu corpo vai jogar fora, não vai adiantar de nada! No máximo vai engordar, ou quem é magro de ruim, não ganha nada, nem engorda.*

É muito interessante que Rubens organize seu questionamento ao médico recorrendo à ideia de que a testosterona tem pouco poder se não associada a uma mudança de hábitos. Mais do que isso, teria um poder inverso ao desejado, como um feitiço que se volta contra o feiticeiro: deixa o gordo, mais gordo, e o magro, mais magro. É justamente por uma pressuposta falta de disciplina das pessoas (que também ficarão mais gordas) que Jorge (CH) se recusa a indicar a testosterona.

> *Às vezes, eu falo pras pessoas mais chegadas, né, ou pessoas que vem procurar pra tomar eu falo "gente, ó, o anabolizante...primeira coisa que eu falo: não tome!" Primeira coisa que eu falo, não toma, sabe por quê? Porque, geralmente a pessoa não vai ter disciplina com dieta, ela não vai querer gastar todo o dinheiro que tem que gastar com a suplementação, com os manipulados, né, depois que ela parar de tomar, ela não vai seguir à risca uma alimentação direito, ela não vai querer fazer a TPC, então ela vai, vai, o que vai acontecer, vai alterar os hormônios dela à toa e depois, o resultado disso, se você for ver, vai tá sempre...vai tá mais gordo do que quando começou a tomar anabolizante! Então, eu já falo logo "não toma!", mas..., quando a pessoa insiste, a gente "ó, tá avisado né".*

Parece que Jorge (CH) não está disposto a ser tutor de ninguém, um sentimento compartilhado por Paulo (CG), que me responde com rispidez: "*Não, eu acho que eu não sou uma pessoa indicada pra falar, pra indicar nada. Eu falaria pra procurar um* personal *que indicasse isso*." A princípio, achei curiosa a menção de Paulo ao educador físico (*personal trainer*), uma vez que meus interlocutores não mencionam essa personagem como alguém relevante em suas buscas pela testosterona. Porém, conversando com João Pedro (CG) e

Augusto (TH), ambos da Educação Física, eles reafirmaram que muitos desses profissionais são usuários e "repassam" para seus alunos, ou ao menos intermediam o processo de compra.

De toda forma, analisando a recusa de Jorge (CH) e Paulo (CG), podemos pensar que esses homens não estão dispostos a dividir sua masculinidade com outros, nem ensiná-los a ser mais homens. Em certa medida, o desafio que eles colocam para os outros, a quem negam conselhos, é o próprio desafio da masculinidade do *self-made man* de Kimmel (1998), que deve correr atrás de seus méritos por conta própria. Porém, essa postura, como vimos, é bastante minoritária. A maioria de meus interlocutores são mais lenientes, já que, como afirma Vale de Almeida, "[i]nimigos ou não, os homens são rivais potenciais na competição pela masculinidade, ao mesmo tempo que defendem a igualdade fraterna dos membros do mesmo sexo" (VALE DE ALMEIDA, 2000, p.185-6). Aqui, os homens, já experientes e acostumados aos caprichos da testosterona, se transformam naqueles que irão dar o caminho das pedras (ou negá-lo) para outros homens que, como eles fizeram um dia, buscam avidamente um encontro com a escorregadia testosterona.

8.4 **O "Outro", ou a testosterona má**

Mesmo nos casos que poderíamos considerar mais egoístas, ou seja, quando há uma recusa absoluta em dar qualquer dica, ou quando adota-se uma postura *a la* Pôncio Pilatos, há, no mínimo, uma hesitação com a ideia de um uso livre, o que sugere que tem algo de potencialmente ruim no uso da testosterona. Mas o que seria? Essa é uma pergunta difícil de responder. Como já mencionei, perguntados diretamente, a resposta tendia a ser negativa: "*eu não tive efeito colateral nenhum, até porque diz que também não tem efeito nenhum, então...*" (João Pedro, CG); "*Não, eu sempre fazia exame de sangue, acompanhava e não deu nenhuma alteração significativa*" (Sílvio, CG); "*Não...preciso até fazer exames, mas assim...mas aparentemente nada. Nada, nada, nada, nada!*" (Otávio, CG); "*Desagradável? Não, acho...não que eu consiga lembrar assim, nada muito* [...] *não, nada que eu possa...nada que cause um...que desagrade tanto que eu consiga lembrar agora*" (Flávio, TB).

Algo que me chamou atenção foi a semelhança das respostas vindas de homens que usam testosterona com e sem acompanhamento médico; essa diferença parece ser irrelevante quanto a essa questão. Porém, nem todos meus interlocutores acreditam que tomar

testosterona seja algo assim tão positivo. Evandro (CG), sempre mais crítico ao uso que abandonou, apresenta problemas orgânicos e o que define como "psicológico": "*acho que é o desequilíbrio das suas taxas hormonais e do seu metabolismo, porque mexe tanto, até com o seu psicológico.* [Em que sentido?] *Na hora de você ficar assim...muito mais estressado, você não conseguir conter aquilo*".

Fernando (CG) não se queixa de problemas orgânicos, e afirma nem se preocupar com isso, pois, qualquer coisa nesse sentido, seria rapidamente identificada e tratada pela sua médica. Porém, destaca um efeito "conjugal", decorrente das mudanças sexuais com o aumento da libido que relatou antes.

> *Nenhum! Nenhum...excetuando-se o fato, mas isso não é uma questão da testosterona* [...] *quando na verdade tive esse grande empoderamento através da pirâmide, de uma mudança mesmo do eu, né, deixando coisas que eu não queria pra trás, que não eram nem minhas,* [...] *isso quase levou ao fim da minha relação, que agora tem 17 anos. Então, assim, levou ao fim por quê? Porque na verdade eu...eu mudei muito! E quando você tá numa relação e o seu parceiro muda, dá uma guinada, é difícil* [...] *Então, assim, esse é o efeito colateral, mas, graças a deus, acho que ele foi bem manejado, né, bem pensado. Mas não que não tenha sido sofrido, doído, penoso...*

Assim, Fernando (CG) dilui os possíveis efeitos negativos "corporais" numa mudança de comportamento, mas, mesmo isso, se pergunta se "é uma questão da testosterona". Além dele, Frederico (TH) também descreve mudanças não físicas com o uso do hormônio, ainda que, quando lhe perguntei diretamente sobre efeitos desagradáveis, a resposta tenha sido: "*Nossa, nenhum!*":

> *eu era uma pessoa mais polivalente. Quando eu abria o computador e ia estudar determinado assunto, ou ler alguma matéria, eu abria várias janelas, pá, pá, pá, pá, e-mail,* Facebook*, e eu dava conta, e eu absorvia, e um assunto não atrapalhava o outro* [...] *Aí, a partir do momento que eu vim a tomar testosterona, eu passei a...assim, eu brinco, né, eu fiquei mais burro, porque assim, pra eu ter mais atenção com determinado assunto, eu tinha que abrir uma janelinha só, ler tudo, ir do início ao fim...muito disperso, aí eu acho que a questão da libido também...*[risos] *Mas sim, eu fiquei mais disperso. Mas assim, eu acho que foi também uma questão de adaptação até entender como se daria* [...] *me adaptar a esse novo corpo, a essa nova forma de pensar, de perceber as informações num todo né, aí acabei estabilizando também.*

Vale ressaltar que Frederico costuma atribuir efeitos da testosterona numa linguagem muito biomédica; como vimos antes, ele fala na redistribuição da gordura corporal e na distribuição geométrica de pelos pubianos (triângulo x diamante). Assim, não surpreende que Frederico (TH) acredite num "binarismo cognitivo", segundo o qual mulheres processam informações de maneira mais relacional, e homens, de maneira mais focada. De toda forma, Augusto (TH) também relata problemas que poderíamos chamar de "cognitivos", e afirma que outros amigos seus usuários também tiveram.

> *ah é, também um efeito colateral que eu esqueci...esquecimento!* [...] *Não só palavras, como eu esquecer o que eu fiz ontem.* [...] *eu fiquei com muito problema de memória, assim, de esquecer as coisas, não só...tipo assim, a palavra tá na minha cabeça, mas eu não consigo, não lembro de falar. E coisas também, tipo, aconteceu anteontem, às vezes eu não lembro, eu tenho que forçar pra lembrar. Colegas meus também, que eu conheço também, acontece isso.*

Mas afirmar esse problema de memória não quer dizer que os efeitos mais "clássicos" também não possam incomodar. Augusto (TH) continua no mesmo assunto:

> *Eu acho que, no início, a libido.* [...] *Era demais! E também essa ansiedade que dá. Veio junto com a libido. Podia ser um pouco menos, né?* [Mas deu uma estabilizada, né?] *Não, isso deu, mas no início! Agora não, mas no início foi, no início foi!* [Mas as vantagens se sobrepõem ou não?] *Ah, não, as vantagens! Não tem como comparar, é muito mais vantajoso! É só porque aquela coisa do início, né, a gente tá começando, aí fica meio desesperado, não sabe o que fazer. Não sabe o que fazer mesmo!* [Risos] *É muito tosco, cara, você não tem noção!*

Se para Augusto (TH), o aumento da libido foi problemático, para Samuel (CH), a queixa foi a queda da libido ao final do ciclo, incômodo compartilhado por todos que relataram esse problema, como já vimos. Mais interessante nesse momento é que Samuel teve outra complicação no uso, que o fez trocar do Durateston para o Dianabol.

> *Tomei duas ampolas de Durateston, aí eu estava na academia, e eu tive uma reação contrária. A primeira ampola eu tomei, teoricamente eu tomei normal, mas, com dois dias, apareceu um vermelho muito grande, pegou metade do meu ombro e ele foi descendo, foi descendo, descendo, descendo, meu antebraço ficou quase todo vermelho. Aí, conversando com algumas pessoas e tal, "não, relaxa, e pá", eu tomei a segunda dose, porque o daqui melhorou* [...] *tomei no outro braço. Aí, quando eu tomei no outro braço, no dia seguinte, o braço direito ficou vermelho de novo. Aí eu chamei o* [professor da academia]*, conversei e tal, mas ele falou, "pô, não toma mais, teu corpo deve ter tido alguma reação alérgica", e eu não tomei. Tomei duas ampolas e parei, depois eu tomei o Dianabol, que era comprimido e eu não tive problema.* [Quanto teve essa reação, fez algum caroço?] *Fez, ficou um pedaço...ficou como se fosse uma tripinha, realmente muito dura.*

Samuel (CH) teve uma reação clássica e esperada no uso de injetáveis, principalmente quando aplicado em condições duvidosas. Vale ressaltar que o professor que ele consultou, ao contrário dos amigos que incentivaram que continuasse tomando, tem um discurso muito contrário ao uso de anabolizantes, e criticou a decisão de Samuel desde o princípio. Porém, não se recusa a ajuda-lo, ajustando sua série de exercícios quando ele inicia um ciclo, e tentando convencê-lo a ir ao médico para cuidar de suas lesões. Independente disso, Samuel traz um exemplo de um problema na vida de administração, e não uma consequência do efeito da testosterona em si.

O problema que foi considerado mais grave entre meus interlocutores envolvia uma atrofia, acompanhada de muita dor, que acabou por levar Sérgio (CH) a uma emergência.

> *eu tive um problema assim...no...no saco, eu tive um problema de dores incríveis porque...como é...como é que eu posso explicar, quando você é, pô...jovem, tá com uma garotinha e...sempre tem aquela dor, quando você acaba não fazendo nada...e*

> *tem aquela dor.* [...] *O que acontece, eu tive esse problema depois que comecei a tomar testosterona, toda vez que eu tava com a minha noiva e...não acontecia nada. Então, teve uma vez que eu tive um problema, eu tava dentro do...do...do trabalho e isso, tipo assim, não tive ereção, não tive nada, e começou a dar essa dor. Eu corri pro médico e, tipo assim, não descobri o que foi.* [Você contou que tomava?] *Ele não chegou nem a me perguntar. Eu falei que estava com umas dores enormes no saco e o caramba, ele foi, fez os exames...fui até em dois, porque um, o cara falou pra mim, "ah, pô, tu não tem nada", até então, ele pensou que era uma hérnia.* [...] *aí no segundo, que eu tava com uma dor muito forte no trabalho, fui na emergência, aí ele fez os exames também, até senti uma dor absurda que eu quase, tipo assim, faltou eu agredir o médico, da minha dor que eu senti, deu aquela vontade de agredir o médico! Mas, tipo assim, parei pra pensar e falei "não". Ainda tem esse também problema do anabolizante, né, o anabolizante também te deixa...praticamente com os nervos à flor da pele, porque você fica muito irritado* [...] *Aí me desentendi com o médico e o caramba, e ele continuou falando, "ó, você não tem nada. Essa dor aí você tem que fazer um exame mais profundo, procurar o médico especialista nisso e o caramba", eu acabei não procurando, as dores passaram, e nunca mais eu tive.*

Paulo (CG) desenvolveu o mesmo efeito, que descreveu de forma um tanto mais gráfica: "*eu tive problema. Eu tava tomando o Deposteron, tava tomando...foi quando eu tava tomando três por semana* [...] *E aí, eu comecei a ter dor no testículo, e quando eu fui ver, eu tava com o testículo do tamanho de uma azeitona!*". Porém, quando perguntei a Sérgio (CH) se tinha percebido alguma diminuição, ele negou, dizendo que só sentiu dores mesmo. A atrofia testicular é um efeito esperado da superdosagem de testosterona, devido àquele mecanismo fisiológico de *feedback* que mencionei anteriormente. Da mesma maneira, quem nos explica o efeito sobre o tamanho dos testículos é Claudio (CH).

> *Acontecer, acontece, né? O seu eixo de produção de espermatozoide diminui, é fato, porque o seu LH, FSH, vai quase a zero!* [...] *Às vezes que eu dei um tempo e fiz uso de estimulante para que o meu eixo voltasse, um HCG, enfim, alguma coisa, eu tive resposta positiva, meu LH, FSH, voltou ao normal, mas depois você faz uso de novo das drogas, aí eles abaixam novamente, entendeu? E a quantidade* [de esperma] *diminui consideravelmente.* [Há uma redução no testículo também, uma atrofia?] *Há sim, há uma atrofia sim, atrofia, mas quando você faz uso do HCG exógeno,* [...] *você estimula o testículo né e ele volta, não ao tamanho normal, mas aumenta conside...desatrofia.*

A atrofia genital parece ser um efeito cruel da testosterona. Se, para os cis, ela causa a diminuição do testículo, entre os trans, o que reduz é o canal vaginal. Leandro (TH) e Renato (TG) me relataram esse problema, que encararam de forma bem distinta. Para Renato, foi uma grande inconveniência.

> *Sim, sim, fica bem incômodo, né, não que eu não continue tentando, mas...né...difícil e aí, até fui na médica pra ela me dar uma pomada e tal para ver se ajuda* [...] *nesse sentido de atrofiar, diminuir né, e ficar menos produção* [de lubrificação]. *É, mas é que eu não sei, é muito complicado, porque eu também já conversei isso com os outros ali, que daí eles vão dizer que é o contrário, porque dependendo do lance da excitação, como tem mais excitação, também vai ter mais esse tipo de produção e tal, então eu não sei né, porque eu acho que talvez...também essas relações com o corpo elas não dependem só de uma coisa fisiológica, né? Aí, eu, às vezes, fico pensando o quanto que também um aspecto de como eu...entendo o meu próprio*

> *corpo pode atrapalhar isso ou não. Digamos assim, de ter uma parte que está meio morta ali, sabe, mas mais porque, não só por questões fisiológicas, mas por questões...minhas assim, né, de matar aquela parte.*

Essa ideia de "matar a vagina" se repete com alguma frequência entre homens trans, e parece estar associada a uma percepção do órgão genital como eminentemente (e exclusivamente) feminino. Vejamos a questão pela ótica de Leandro (TH).

> *Bom, teve um processo de matar lentamente a minha vagina. Num primeiro momento, por uma questão de afirmação da expressão de gênero, depois ela foi ficando cada vez mais dolorosa, porque ela vive uma atrofia, então passa a ser uma experiência desagradável. Eu já tinha um desvio no canal vaginal. Isso piorou consideravelmente.*

Vale ressaltar que um dos critérios para o diagnóstico de transexualidade (em suas diferentes nomenclaturas) seria a repulsa pelos genitais. Hoje em dia, porém, com a visibilidade que diferentes expressões de gênero passaram a ter na sociedade, surgem discursos mais plurais a respeito do uso ou não do genital por pessoas trans. É o que Ivan (TH) observa, com grande empolgação: "*tem de tudo! Tem trans que usa a vagina agora, não se incomoda de ser passivo, tem…tem de tudo!*" Ainda assim, quando perguntei a Renato (TG) sobre efeitos desagradáveis da testosterona, ele respondeu: "*É só aquela atrofia que eu mencionei antes, que pode ser inconveniente, né, se tu pretende utilizar esses espaços, mas, fora isso, eu não lembro de nada agora*".

Em relação a possíveis outros efeitos ruins, Leandro (TH) cita várias coisas, mas todas têm outra explicação. Ressalto como os problemas citados são de certa forma característicos do envelhecimento, não necessariamente relacionados à testosterona.

> *Tive alteração de glicemia. Foi isso a coisa do pré-diabético né, que eu contesto um pouco, sabe,* [...] *Acho que isso também tem a ver com* lobby *farmacêutico, tem outras questões aí. Mas assim, tem uma coisa do fígado que não...eu também ouço isso de outros caras, o teu fígado já não é o mesmo que foi um dia, né? Alguns momentos você sente alterações do fígado...claras assim, mas o meu está bem ainda, é considerado um bom fígado* [...] *Eu já tive também estenose nesse período, que ele diz que está controlado, mas que também acontece com n pessoas.* [...] *Osso. Eu faço densitometria com regularidade. Ele diz que tem um déficit de vitamina D, que também tem que ser corrigido porque a gente tem perda, mas as minhas estão sob controle.*

Parece ser comum o hábito de conferir os efeitos adversos percebidos a outra questão que não seja diretamente o hormônio, o que desresponsabiliza a testosterona (e seu fiel usuário). Entre os discursos que apelam para essa via, o mais comum envolve a noção do "uso correto", que apenas o especialista, um homem que tem experiência com a testosterona, seria capaz de fazer. Claudio (CH) é um desses homens.

> *Não vejo efeito negativo não. Até porque o ser humano é movido à base de hormônios, os hormônios é que determinam tudo em você. O que a gente está fazendo é dando uma carga a mais. Então, o seu corpo já...aquilo não é uma coisa*

> *estranha, ele conhece, entendeu, uma testo, mesmo que seja exógena, ele conhece! Você está só aumentando os níveis dela. E, negativamente, só vejo essa parte reprodutiva. Só! Pro homem, né? Pra mulher, tem outros colaterais, é...o fenótipo da mulher muda* [risos] *a virilização, mas pra homem não* [Fala-se muito de fígado, que vai ter câncer, o que você acha?] *É, óbvio que, enquanto estiver fazendo uso do medicamento, você tem que fazer um controle* [...] *um acompanhamento, entendeu, disso tudo para que não fuja do que você espera, tanto que, se der alguma alteração, tem que se, óbvio, prezar pela saúde, parar com o uso e consertar o que está ruim. Mas,* ***se você fizer continuamente com acompanhamento, e se você fizer uso corretamente das drogas, não tem o que dar errado! Teoricamente.*** *Óbvio que se a pessoa tiver uma pré-disposição genética, isso não tem jeito. Mas...pode acontecer? Pode, mas...*

É interessante como Claudio (CH) reivindica uma "naturalidade" da testosterona. Tive contato com esse argumento pela primeira vez num dos fóruns da *broscience* na internet, mas Claudio (CH) foi o único que fez essa argumentação. Outro ponto dessa fala que merece destaque é que a assertividade que Claudio (CH) passa ao afirmar que "não tem o que dar errado" é suavizada pelo "teoricamente". Temos aí mais uma ambiguidade da testosterona: é natural e não faz mal, mas apenas "teoricamente"; sempre haverá algum outro fator que irá justificar os casos que dão errado. Essa postura fica clara na fala de Antônio (CH), que diz não ter nenhum efeito colateral, contudo, insistindo um pouco mais, surgem vários. Mas, rapidamente, Antônio irá justifica-los de outra forma.

> *Os efeitos colaterais, o único assim que eu sinto, bem dizer, é que eu não consigo dormir. Eu fico com insônia direto quando estou tomando.* [...] *assim, impaciente bem dizer, quase todo mundo fica, mas assim agressivo...muito difícil eu ficar, mesmo tomando anabolizante.* [...] *muita gente fala, mas é aquilo né, varia do gênio da pessoa. Aquela pessoa que já tem o pavio curto aí anabolizante, fica mais ainda!* [Falam muito em efeitos no fígado.] *Bom, eu, graças a deus, até hoje nunca, por que é aquilo né, a pessoa sabe que aquilo faz mal, quais são as coisas negativas dela e não se previne, por exemplo, não pode beber, não pode ficar comendo comida gordurosa, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo e continua fazendo. Tipo, tomou um negócio, sabe que faz mal, sabe que se tomar as outras coisas vai piorar, então vai lá e faz.* [Você falou que o povo dá uma zoada que vai ficar broxa] *Já ouvi falar, já ouvi falar já que ficou. Às vezes queda de cabelo.* [Você teve?] *Não.* [E acne?] *Isso, bem dizer, também é normal, dependendo da sua alimentação. Se você tomar e comer muita coisa gordurosa...* [...] *Eu, quando era mais novo, tomava anabolizante, principalmente a testosterona, Durateston, e comia bastante besteira e ficava cheio de acne, cheio de espinha. Aí, depois de um tempo, fui mudando a alimentação...sumiu, sumiu tudo!*

Assim, a agressividade, não é agressividade, mas todo mundo fica impaciente; broxa, já ouviu dizer, mas não ficou; dano hepático, culpa da alimentação de quem faz errado, assim como acne. Entretanto, afirma, "sabe que faz mal". Logo, faz mal. Fechando o grupo dos fisiculturistas, nossos especialistas em testosterona, Jorge (CH), sempre precavido e responsável, também acredita que fazendo direito, não tem problema.

> *Não, nunca, nunca! Eu nem sei se tenho propensão a ginecomastia, que, geralmente, tem gente que toma, primeira semana, já começa a dar o efeito, né? Já nem sei, porque, antes de surgir qualquer efeito, eu já me precavi.* [E problema no

> fígado?] *Ah, sobrecarrega um pouco sim! Sobrecarrega, mas, se você tiver com a alimentação legal, fizer o uso de um...eu mesmo faço uso direto do* [...] Milk Thistle.

Nessa fala, Jorge (CH) reivindica a "boa genética", que o protege do risco da ginecomastia. Claudio (CH) também faz várias referências a supostas pré-disposições, seja para desenvolver agravos de saúde (notadamente câncer) ou para favorecer os ganhos da testosterona. Esse argumento irrita muito Otávio (CG), que acusa as pessoas de repeti-lo apenas "*para dizer que elas são Super Homem, assim, que elas são Mega, Top, Blaster e que, né, genética mega boa*". Infelizmente, Roberto (CG), parece não ter a mesma sorte: "*Eu percebi uma...assim, acho que senti uma ginecomastia, sim*". Porém, sua ginecomastia também não foi propriamente um efeito da testosterona; foi porque ele tomou testosterona junto com DHEA, amplificando os efeitos. Ao perceber a diferença no peito, ele foi ao médico e pediu para suspender a DHEA, mantendo a testosterona e afirmando que os sintomas da ginecomastia "*estão revertendo*".

Analisando o conjunto de falas sobre (possíveis) efeitos adversos, uma conclusão que cheguei foi que há uma tendência a desculpar a testosterona pelos seus desarranjos, e que a relação com o hormônio é vista de forma tão positiva que mascara os problemas. À exceção das atrofias, que são difíceis de ignorar, todos os outros efeitos negativos são relativizados, dissolvidos em fatores alheios à testosterona. Porém, ninguém ignora que existem casos, como a mídia e o discurso médico hegemônico fazem questão de noticiar, de pessoas que tiveram problemas graves, até fatais, obviamente em função do uso de esteroides. Como lidar com essa aparente contradição?

Guita Debert (1994), conversando com mulheres e homens mais velhos que adotaram o discurso da "terceira idade" ou "velhice ativa", percebeu que

> todos os informantes procuram estabelecer uma distinção entre os velhos em geral e a sua experiência pessoal enquanto participantes das associações [de aposentados] e programas [da terceira idade]. Falar dos velhos em geral é reproduzir uma série de estereótipos com os quais a velhice é tratada [...] Falar da experiência pessoal nos programas ou associações é, pelo contrário, enumerar uma série de atitudes e atividades que fazem o informante radicalmente distinto dos outros idosos, mesmo quando ele considera que sua idade é avançada (DEBERT, 1994, p.48).

Repetindo a mesma lógica, meus interlocutores irão deslocar os efeitos adversos da testosterona para um "Outro", que irá concentrar todos os problemas do uso. Ainda mais interessante, esse "Outro" será alvo de todo os estigmas que meus interlocutores descreveram como injustos e hipócritas quando aplicados sobre si. Mesmo quando percebem (ou torna-se impossível disfarçar) consequências nefastas do uso sobre seus corpos e suas vidas, esses homens irão organizar alguma justificativa que os torne "radicalmente distintos" dos outros

usuários. Nesse ponto, o meu campo repete o observado por Azize e Araújo (2003, p.144): "No que se refere à construção da masculinidade no campo discursivo, é recorrente o uso de comparações com outros homens. Existe um "outro" que aparece no discurso dos entrevistados, por vezes como uma referência positiva [...] por vezes como uma referência negativa".

Nesse processo, pude delinear três grandes "Outros", a saber, o fisiculturista; o leigo da *broscience*; e o homem trans machista. Ainda mais significativo é que os dois primeiros "tipos" são acusações recíprocas: o monstro é o "Outro" do fisiculturista, ao passo que o fisiculturista é o "Outro" do monstro. De toda forma, há um claro deslocamento das injúrias recebidas para alguém que está próximo, mas é descrito como se fosse diametralmente oposto. Frequentemente tive uma sensação de que o Outro seria, na verdade, uma hipérbole de si: havia um certo receio de se tornar o Outro, o que exigiria uma vigilância, uma verdadeira fiscalização de si. Apontar os erros de outros usuários serviria para me lembrar do que não posso ser, principalmente entre os usuários de anabolizantes. Em alguns casos, esses homens não consideram o corpo do fisiculturista algo assim tão repulsivo, e chegaram mesmo a pensar, em algum momento de suas vidas, na possibilidade de tornar-se um igual. Isso é muito claro na história de Mateus (CH), que cresceu fascinado com o fisiculturismo, mas os fisiculturistas de hoje não têm mais aquele *glamour* que ele tanto admirava.

> *Na minha visão, o corpo ideal é muito próximo do, lógico, não de um* bodybuilder *de competição como a gente vê hoje, que...a minha visão do que tem hoje é que os caras já perderam a mão...então, visualmente as barrigas muito inchadas, figadão, aquela gordura por dentro, barriga de sapo, assim, você vê o cara gigante com a barrigona inchada, mas isso não é o que eu quero!*

Evandro (CG) também afirma não desejar atualmente o corpo do fisiculturista, mas parece não o considerar necessariamente ruim: "*Não, fisiculturista não. Acho, às vezes, é chamativo demais em alguns pontos* [...] *Não, não traria pra minha realidade. É diferente eu achar legal, mas eu viver aquilo, não.*" Uma postura totalmente diferente é a de João Pedro (CG), que afirma que "*eu não gosto de corpo exagerado. Tanto é que eu tenho alunos até que já tão exagerando, eu falo, 'Pô, diminui um pouco. Tá muito forte!', 'não tá legal assim'* [porque] *alguns aí que já passaram mal, foi justamente por isso. Por abusarem*."

A retórica do excesso é acionada também por Fernando (CG), para quem as principais vítimas da testosterona seriam aqueles que tomam por conta própria, sem acompanhamento médico e comprando no mercado ilegal.

> *a quantidade que as pessoas podem tá ingerindo, e a* [enfático] *qualidade no mercado paralelo...você não sabe o que você tá tomando! E os efeitos podem ser danosos, de qualquer tipo. Você vê que até anabolizante de animais se usa! Tem*

> *algumas pessoas que você vê na rua que...tudo bem, elas fazem academia, malham pra caramba, mas você percebe que tem uma coisa de um excesso, que já passou do ponto, inclusive, de um ponto fisiculturista, eu diria, né? E é uma coisa que...é estranha até, mas...pessoas são pessoas, e talvez elas nunca vão estar ali necessariamente felizes com o que têm, né?*

Além de ser feio o corpo "exagerado" do fisiculturista (ou do aspirante a), são essas as pessoas que estão morrendo, devido ao "*excesso, de repente as pessoas que tiveram esse problema, deve ser realmente o excesso de anabolizante [...] geralmente é fisiculturista que morre por causa disso*" (Sérgio, CH). Com isso, Sérgio, que teve graves problemas com a testosterona, joga sobre os fisiculturistas o risco fatal, apesar de, bem dizer, ao menos entre aqueles com quem conversei, os fisiculturistas usam testosterona com mais responsabilidade do que Sérgio.

Demostrando a reciprocidade da acusação, para os fisiculturistas, quem terá toda sorte de efeitos adversos serão os "amadores", que "não sabem tomar". "*Porque tem pessoas que falam que são experientes, mas não sabem nada. Não sabem a dosagem certa, não sabe a hora de parar, e por aí vai*" (Antônio, CH). Seguindo a diferença que marcou esses dois grupos desde o início da análise, os atletas irão expor os "erros" dos amadores com riqueza de detalhes, provando seu vasto conhecimento sobre o uso, ao mesmo tempo que desqualificam o conhecimento deles. Novamente, a masculinidade será comprovada através da inferiorização de outro homem. Jorge (CH) chega a ser agressivo ao apontar esses erros dos (a seus olhos) leigos,

> *Tem um amigo que* [...] *de tanto tomar anabolizante, zerou a testosterona dele, tava zerado! Foi num médico, e o médico receitou pra ele, se não me engano, foi cipionato, para fazer a reposição hormonal. No primeiro dia que o cara aplicou, já tava falando que já era outro, que não sei o quê e tal, eu falei, "maluco, esse troço nem tá na sua corrente sanguínea ainda!"* [...] *Foi falar isso pro médico, e o médico disse a mesma coisa. Falei, "é lógico, idiota, você acha que é no mesmo dia?" Geralmente você vai começar a sentir diferença com duas, três semanas a partir da primeira aplicação.* [...] *não é mágico!*

Por vezes, a crítica se volta para seus "iguais", aumentando o caráter do medo de cair no mesmo erro que comentei mais acima. É o que faz Mateus (CH).

> *É difícil, na minha opinião, ver muitas pessoas, até na academia e tal, que fazem o uso e que na minha visão é o uso satisfatório, né? Eu acho que muitas das pessoas que usam, fazem o uso, ao meu ver, por conta, desse mercado negro* [...] *muito mais nesse ideal* [...] *que é uma fórmula mágica, "não, eu vou tomar e agora eu vou ficar..." Mas, assim, na minha visão, o meu olhar pra isso é que, cara, não tá bom, sabe? Tipo, se você tivesse que dizer hoje na academia que eu treino, sei lá, cruzo talvez com duzentas pessoas* [...] *tem uns dois, três caras que eu acho, velho, nitidamente você tá tomando, e, cara, parabéns aí, você tá mandando bem aí, tá com o volume legal, definição legal, proporção legal. Mas a maioria da galera que eu vejo é o que eu brinco que é o braço de mortadela. Assim, cara, você tá sensacional, parabéns, você chegou nos 50cm, mas seu braço parece uma mortadela amarrada, tá com volume, vermelhão, tá retidaço, tá feio, sabe? Num*

> *tá...é a galera que foi pro mau caminho, talvez essa galera que estude menos, se dedique menos, tá no* bulking[256] *eterno aí, fazendo inchaço que nem...Tipo, não trabalhou pra esculpir o negócio, só pra crescer, né?*

Uma interseção nessa fala de Mateus (CH) com a de Jorge (CH) acima é a ideia de que a testosterona funcione como uma fórmula mágica. Essa crítica diz menos respeito aos efeitos reais da testosterona do que a uma suposição de que a transformação seria fácil e rápida. Achei isso muito curioso pois contradiz uma descrição da testosterona que está presente tanto no discurso leigo quanto em discursos científicos sobre o hormônio: há uma percepção de que os efeitos da testosterona são rápidos e incisivos, reproduzindo molecularmente características da masculinidade, num processo de generificação hormonal conforme observado por Oudshoorn (1994). Porém, a negação de uma ação rápida da testosterona nesse contexto específico é útil em dois aspectos, interligados: (I) ela valoriza o esforço e a dedicação que esses homens têm com a testosterona; e (II) serve para denunciar os fóruns e *sites* da internet que passam a impressão de que basta querer (e tomar testosterona) para crescer. *"Eu acho que até uns livros também, que tem no mundo paralelo, do 'ah, qual é o ciclo?', daquilo que a gente falou da receitinha pronta..."Qual é o ciclo maluco e tal?". Aí, até os ciclos do sono eterno, que os caras brincam aí*" (Mateus, CH). Assim, quem está morrendo no ciclo do sono eterno são, de novo, os leigos da *broscience*.

Entretanto, ainda que a crítica seja feita de forma pungente, ela pode ser completamente ignorada pelos que usam errado, que podem exibir uma total indiferença, ou mesmo um deboche, dos riscos de morte. Vejamos como Paulo (CG) responde a isso.

> *Eu acho que primeiramente não é o uso do anabolizante* [...] *que mata ninguém. Que nem no caso do Igor, o que ferrou a vida do Igor foi o uso do diurético* [Mas ele não passa a tomar o diurético em consequência do anabolizante?] *Sim, pra poder tirar o líquido, porque vai retendo, né? [*Essa retenção, não seria consequência do anabolizante?] *Então, é consequência, mas não foi o anabolizante que matou!* [De fato! Você chegou a ter algum problema de retenção de líquido?] *Sempre tem, mas eu tenho meu diurético!*

Espero que o diurético não mate o Paulo como matou o Igor! Esse desdém certamente deixaria Jorge (CH) furioso, mas é bem ilustrativo de seus argumentos. Para o fisiculturista, o problema é que tem

> *muita gente leiga aí, que não sabe nem o que está fazendo...95% são adeptas do* Broscience*!* [...] *Eu vejo, às vezes eu entro nesses blogs para dar um pouco de risada, né, aí a pessoa, "nunca tomei nada, o que vocês recomendam?" Aí começa,*

[256] *Bulking* é um processo para ganhar peso e massa muscular através de uma dieta hipercalórica. O termo vem do fisiculturismo, e diz respeito à dieta e ao regime de treinos que caracterizam a fase de *off season*. O *bulking*, portanto, aumenta o peso aumentando tanto a massa magra quanto a massa gorda, e, por isso, deve ser seguido pelo período conhecido por *cutting*, característico da fase de *constest*, quando você irá diminuir o consumo calórico pela redução (ou retirada total) de carboidratos ingeridos na dieta, e aumentar significativamente o consumo proteico. Essa fase seria, então, para "secar", para "esculpir" o ganho bruto do *bulking*.

> *aí vem neguinho botando uma lista de troços pra pessoa tomar que nem eu* [risos]*, nem eu nunca tomei na minha vida! "Iniciante tem que tomar isso, isso, isso e isso", aí eu, "gente, que absurdo!" Iniciante, né, eu, que estou macaco velho já na história não tomo aquilo tudo! É brincadeira, né?*

Com isso, Jorge (CH), um "macaco velho", desloca para essas pessoas todos os problemas mais frequentes no uso do anabolizante. Os efeitos adversos se tornam consequências de três situações: o recurso à *broscience*; um erro médico; e a falta de ascese. Com esses argumentos, Jorge desconstrói efeito por efeito. Acne? "*drogas feitas em fundo de quintal*"; "*suplemento vagabundo*"; "*comer porcaria*". Pelos? "*o cara preferiu raspar, começou a crescer. É porque raspou*" Calvície? "*Aí você tem que ver se é da alimentação ou se é da droga vagabunda que o pessoal está usando, ou se está tomando demais*" Problemas de ereção, libido, atrofia testicular? "*É do mal uso! Neguinho vai, fica tomando um ano, um ano e meio.* [...] *Aí, para de tomar, a produção de testosterona dele estava zerada*". Problemas no fígado? "*o cara senta o pau no frango que é uma ignorância!* [...] *E isso aí sobrecarrega o fígado* [...] *é o conjunto, é o anabolizante, é a má alimentação, aí vem somando.*" Ginecomastia? "*um médico* [...] *mandou ele tomar HCG* [...] *você tá jogando três Durateston por semana, você já tá tendo aromatização. O excesso disso já tá virando estrogênio. Você ainda vai e me joga estrogênio pra dentro?*"

O mais interessante é que essas falas foram feitas todas na sequência, organizadas espontaneamente por Jorge (CH) sem intervenções minhas. A partir delas, fica claro que Jorge se considera mais bem informado sobre a testosterona do que os colegas da *broscience*, assim como mais do que o médico que ele corrige. E, seguindo o que foi a tônica em toda a sua entrevista, grande parte dos problemas estão associados a hábitos alimentares errados. Claudio (CH) faz coro, ainda que de forma menos bélica, e torna a insistir numa difusa questão genética.

> *só dá merda se a pessoa tomar sem saber, por conta própria, ou se tomar veterinário. Aí dá merda. Um desses dois. Se você seguir à risca, certinho como tem que ser, não tem porque dar merda, a não ser se você tiver uma pré-disposição genética, pode ser que dê complicação. Fora isso, se você fizer as coisas certinhas, não* [...] *não tem como dar merda!*

Como Claudio (CH) não relata as "complicações" do uso, podemos supor que ele não padece das "pré-disposições genéticas", o que lhe confere uma vantagem vista como natural e imutável sobre os homens da *broscience*. Se a vantagem de Claudio (CH) é orgânica, outros homens apresentarão a diferença em relação ao "Outro" na forma de uma vantagem "moral". Ainda assim, continuam a imputar no outro o estigma que a sociedade lhes impõe. É o que faz Sílvio (CG).

> *Pegando esse meio da* TW*, onde todo mundo sem camisa, no meio das* barbies*, você vai encontrar gente que faz realmente um culto ao corpo excessivo e fica completamente bitolado nisso, e outras pessoas que eram, como no meu caso, era uma coisa mais de autoestima, de superação de si mesmo, até mais para se auto aceitar, então, só que como está todo mundo ali misturado, você não consegue saber. Então, tem sim um estigma, mas também tem as pessoas que, de fato, estão ali por outros motivos.*

Ou seja, para Sílvio, as pessoas que estão ali por esses "outros motivos", elas sim merecem o estigma. Nessa fala, vemos um outro exemplo de competitividade masculina: Sílvio reivindica para si o discurso do atleta, da "superação de si"; os outros que tiram a camisa, o fazem pelo "culto ao corpo excessivo", que é valorado negativamente. De fato, parece que os homens encontram diversas maneiras de disputar masculinidade. Entre os homens trans, por exemplo, algo que se repetiu em todas as entrevistas foi uma reprodução acrítica de um estereótipo de masculinidade, considerado muito negativo pelos meus interlocutores. O que é interessante é perceber que a masculinidade criticada é exatamente a masculinidade hegemônica, comprovando a reflexão de Connell (2005) de que os adjetivos "hegemônico" e "subordinado" para descrever tipos de homens são contextuais.

> *eu não mudei a minha personalidade porque comecei a tomar testosterona! Tem alguns caras que falam que mudaram. Eu acho que eles estão é querendo ser homens cis, na verdade. Estão querendo fazer uso de outras coisas aí do universo masculino e, acho que...se mostrar o cara fodão, macho alfa, sabe?* [...] *minha cabeça não mudou. Não passei a ver o mundo de uma maneira masculina. Eu sempre vi. Não de uma maneira masculina, de repente de um homem cis, ou como um homem cis hetero.* [...] *tem também caras que falam que só começa a ser homem depois que toma testosterona, porque aí ele vai ser homem porque ele está com testosterona no corpo.* (Augusto, TH).

Ao se apresentarem como os "machos alfa", esses homens não estariam apenas reproduzindo uma masculinidade sexista e opressora, o que seria ruim por si só. A insistência desses homens em exibir de forma sensacionalista seus ganhos com a testosterona seria uma fonte de ansiedade e depressão para os outros homens que, por mil fatores, não conseguem (ou não querem) exibir aqueles atributos. Era sobre isso que conversava com Flávio (TB) no trecho a seguir.

> *aí me frustra muito usar a internet, porque os caras da internet colocam a foto do cara que era gordinho, e depois começa a tomar testosterona, fica sarado depois, e aí colocam, "ah, superação!", tipo, o cara conseguiu superar, e aí você começa a atribuir a você o problema* [...] *eu tô vendo os meninos assim jogando muita informação na internet, muita coisa na internet, e aí o cara descobre que ele pode fazer a transição hoje, amanhã ele já comprimiu os peitos, depois de amanhã ele já começou a tomar hormônio, e aí ele tem uma graninha lá, ele vai lá e faz a cirurgia, e é tudo uma porrada só...e a terapia, a pessoa acha que não é importante!* [...] *todo mundo está ficando muito doente, sabe,* [...] *todos os anos tem alguém que se mata!* [...] *As pessoas estão muito com essa mania de botar o antes e o depois, né? Quem bota o antes ali, bota o antes, e o depois dele, oito anos depois. A pessoa acha que o depois dele foi três meses depois, né? O cara não fala na hora, mas teve um processo e tal. Isso causa uma ansiedade muito grande nos meninos e nas meninas.*

> *Outra coisa que o pessoal está fazendo também...cada corpo é um corpo, cada organismo vai reagir ao hormônio de um jeito, e aí o cara...tem cara que começa a tomar hormônio, e com três meses a barba está desse tamanho, aí o cara bota a foto, "três meses em T", aí aquele que toma a T há quatro anos e a barba não cresce fica querendo se matar* [...] *Aí, começa a tomar um ciclo menor, começa a tomar em intervalo menor, aí se fode!*

Mais para o final dessa fala, vemos que a ideia de "tomar errado" não se resume aos fóruns de hipertrofia da internet, mas está presente também entre os homens trans. Augusto (TH) apresenta isso de forma mais elaborada.

> *Tem por conta dos problemas que acarretam no uso indevido da testosterona. Acontece que tem os caras que usam a testosterona de maneira irregular, e nem todo organismo está preparado. Tanto que é por isso que eu uso a nomenclatura "reposição hormonal", que é diferente. Pra mim, terapia hormonal são esses caras que usam para fazer hipertrofia, ou então, essas pessoas que usam pra fisiculturismo, pra modelar o corpo. É diferente. O que acontece é que as pessoas nem sempre fazem uso como o médico manda, tomam de uma maneira diferente e acaba acarretando problemas* [...] *O que acontece também é esses hormônios de cavalo, hormônios que são pra animais, muito comum. O que acontece, os caras ficam com um bíceps enorme, depois tem AVC, tem derrame, tem um monte de coisa.*

Assim, alguns problemas frequentemente relatados por homens trans no uso de testosterona (AVC, derrame) aparecem entre aqueles que fazem "uso indevido", que usam como se fossem homens cis buscando hipertrofia, e não fazendo a "reposição hormonal" nos termos que Augusto (TH) defende. Isso fica mais claro no trecho abaixo.

> *Os caras tomam o ciclo de hipertrofia, não tomam o ciclo de reposição, e aí ele fica grande muito rápido, e muito rápido dá um problema também. O cara em vez de tomar ou Durateston e depois tomar Nebido, vai tomar deca, winstrol...aí toma todo dia, é outro ciclo diferente. E aí vai tomando todo dia, durante muito tempo, né, porque os caras que tomam pra hipertrofia, tomam um tempo e param* [...] *para uns dois meses, três meses, e a gente vai tomar isso pra vida inteira, então o cara toma aquilo como se fosse reposição, aí dá um problema. Casos assim eu conheço, vários caras que tiveram problema porque tava fazendo ciclo de hipertrofia pra reposição hormonal.*

Parece que, também entre os trans, quem morre é o outro que "não sabe tomar". O mais interessante nesse comparativo é perceber como esse "Outro" trans é aquele que reproduz a masculinidade hegemônica, representada, nas palavras de Flávio (TB), pelo "*homem cis branco hetero*". Independente de diferenças pontuais, a conclusão que podemos tirar desse deslocamento dos problemas da testosterona é que o "Outro" costuma ser uma figura hipermasculina, no sentido que algum dos atributos da masculinidade estará hiperbolizada nessa experiência. O "Outro" representa o excesso, o exagero, o que passou do ponto. Em suma, ao "Outro", falta a característica mais essencial do homem moderno – o autocontrole.

Já os meus interlocutores, pelo contrário, são homens muito conscientes, que estudam, pesquisam, e sabem como driblar a faceta maléfica da testosterona, de forma que tiram sempre o melhor possível da relação com ela; uma relação boa, prazerosa, e, repetindo os achados de Becker (2008), por isso mesmo, estável. Para encerrar, reproduzo uma última fala, de Mateus (CH), que eu acredito que resume os principais pontos da análise das entrevistas.

> *Mas eu acho que, a minha visão, pelo que eu já li, pelo que eu estudei, é que, cara, é o elixir da vida! Talvez até, do povo [...] que tem muito essa* vibe *de cuidar do corpo, de treinar, mesmo que às vezes isso não seja tanto pelo lado saúde, mas pro lado de estética, pra mim justifica do mesmo jeito, que é um apelo, sei lá, a mulherada investe em silicone, investe em lipo e tal, pra mim, é o melhor recurso que um homem tem pra conseguir* [...] *tipo assim, o corpo secão, um peito bacana, definido, o ombro, braço grande, a perna legal e tal...E isso é o que eu quero pra mim, né?* [...] *Eu tento manter o mais próximo disso que eu consigo com dieta, suplementação e com o treino, mas eu vejo vantagens. Lógico, acho que acaba desfavorecendo e até prejudicando muito a visão disso o fato de ser uma coisa proibida, né? Então a galera acaba tendo que usar recursos de contrabando, que vem de fora, que não tem um controle de qualidade. Eu acho que isso piora muito pra galera, e sem ter um acompanhamento médico, que, querendo ou não, eu entendo que na comunidade médica, é mal visto o pessoal que receita isso pra quem quer por estética, né? Mesmo assim, não é um tratamento, você quer...cara, eu quero ter um braço com 50cm, isso é o que faz sentido pra mim, e que o médico, se existir esse recurso, me ajude, cara. Entendeu?*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa tese era discutir as múltiplas vidas possíveis da testosterona em diferentes corpos masculinos. Nessa tentativa, o que pude observar foi uma construção conjunta e simultânea de corpos e da própria testosterona nessas experiências. Não eram, contudo, quaisquer configurações corporais; por mais discrepantes que fossem as plásticas corporais, as formas do corpo em si, tratava-se sempre de um corpo considerado viril, nem que o fosse apenas para seu "dono". A virilidade parecia inevitavelmente imbricada na testosterona, e ambas soavam inseparáveis. Ao longo de todo o doutorado, e especialmente depois do campo, uma pergunta martelava na minha cabeça: exatamente como virilidade e testosterona se associam? Não eram necessariamente sinônimos, apesar de várias vezes serem tratados como tal. Não conseguia vislumbrar uma causalidade direta, embora várias vezes soassem como causa e consequência. Não concordava com uma condicionalidade *sine qua non*, uma só existindo na presença da outra, mas várias vezes era assim que a descreviam. Não via uma como finalidade última da outra, ainda que várias vezes fossem apresentadas nesses termos.

A dificuldade em responder a essa pergunta decorre da ambiguidade inerente a qualquer medicamento, no meio do caminho entre o natural/biológico e o artificial/cultural. A divisão dessa tese explicita bem esse ponto. Na Parte I, descrevi a construção (a princípio laboratorial) do hormônio, e seus primeiros e mais populares usos. Ao contar essa história, pretendia esmiuçar a face mais (bio)tecnológica, mais plenamente científica da testosterona, que chamei de testosterona-molécula. O caráter simbólico seria idealmente mínimo nesse caso (assumindo que uma neutralidade absoluta seja impossível). Porém, em consonância com a literatura sobre o tema, é muito difícil olhar para a molécula como desprovida de valor. A generificação dos hormônios sexuais marca sua concepção, a descrição de seus efeitos e a legitimidade relativa de seus usos, inundando esses $C_{19}H_{28}O_2$ de forma a transformar a testosterona numa palavra de senso comum. A própria molécula passa a ser interpretada a partir de sentidos culturalmente determinados de "masculino", "homem" e "viril".

Inversamente, a Parte II da tese pretendia lançar luz aos sentidos atribuídos à testosterona no cotidiano de seus usuários. Assumia que, nesse momento, uma influência bioquímica estaria bastante reduzida; diversos autoras/es argumentam que os medicamentos ganham interpretações peculiares à revelia do discurso biomédico quando se tornam uma

personagem na vida das pessoas, de forma que a testosterona aqui seria um valor mais do que um aglomerado ordenado de átomos. Na prática, o que ouvi foram diversas referências fisiológicas e bioquímicas para descrever esse dia-a-dia com o hormônio. Chamou-me atenção como meus interlocutores apresentavam pressupostos da testosterona, a meu ver questionáveis, com uma obviedade que não deixava dúvida de que se tratava, de fato, de uma substância química com efeitos muito bem delineados. Mesmo suas características mais facilmente descritas como "culturais" apareciam ancoradas em estáveis "fatos" científicos.

Com isso, me dou conta que a separação entre "molécula" e "valor" é heurística apenas; a diferenciação, mesmo que analiticamente, é de difícil sustentação. Indo além, é ontologicamente irreal. Afirmo isso por compreender que as vidas da testosterona a que tive acesso escancaram uma falseabilidade da ciência positivista: não há uma natureza à espera de ser descoberta pelo cientista, e não há um olhar científico isolado da cultura. Aplicando essas máximas, amplamente discutidas na literatura, ao tema em questão, podemos afirmar, sem medo, que não há molécula sem valor; não há testosterona sem generificação, como vimos no capítulo 2. Se a molécula tem valor, olhando pelo ângulo oposto, o valor é molecular. As descrições do hormônio me foram apresentadas frequentemente numa gramática e num vocabulário biomédicos, mais ou menos especializado. Esse recurso vai além de uma mera apropriação do discurso científico, no sentido de acúmulo de capital científico, que, considerando o lugar da ciência em nossa sociedade, garantiria a legitimidade da fala. Trata-se de uma demonstração da amplitude do processo de molecularização da sociedade, que possibilita a qualquer de nós descrever problemas e condições em termos biomédicos com relativa facilidade.

A capacidade da biomedicina em difundir seus postulados para os círculos exotéricos é tamanha que tem menos de "imperfeito" nessa tradução do que o texto de Fleck (2010) sugere a quase um século atrás. Num contexto de farmacologização do cotidiano, torna-se mais simples descrever nossas experiências em termos moleculares. Com isso, a testosterona como molécula ou valor ocupa um lugar muito próximo ao "sexo" por oposição ao "gênero" em nossa sociedade. Para Judith Butler (2001, p.158),

> Se o gênero é a construção social do sexo e não existe acesso a esse "sexo" exceto por meio de sua construção, então parece não apenas que o sexo é absorvido pelo gênero, mas que o "sexo" torna-se algo como uma ficção, talvez uma fantasia, retroativamente instalado em um local pré-linguístico ao qual não existe nenhum acesso direto.

Analogamente, se as considerações mais básicas sobre a molécula de testosterona, a princípio uma *coisa* independente e anterior à ação humana, contêm em si considerações

sobre seu valor, contextual e culturalmente determinado, uma testosterona exclusivamente "natural" é uma ficção inacessível. Contudo, essa afirmação sugere um culturalismo tão danoso quando o biologicismo, e basta invertermos a equação para fugir do novo reducionismo: a testosterona-valor, construto cultural, se apresenta em termos moleculares, de forma que as experiências com o hormônio, que poderiam ser apresentadas sob qualquer outra roupagem, dependerão de sua versão molécula, e da estabilidade a-histórica dos construtos biológicos. Ao invés de optar por um ou outro polo dessa dicotomia, defendo que seja mais produtivo explorar a espaço da ambiguidade em si. A testosterona é, sempre e inevitavelmente, molécula *e* valor. Com isso, respondemos a uma das principais ambiguidades do medicamento: definir se a testosterona e o corpo dele resultante são naturais ou artificiais se torna um esforço inútil.

Essa reflexão nos leva a uma outra pergunta, também muito presente na literatura. É o hormônio sexual um mensageiro químico, uma essência ou um simulacro de gênero? No caso, a testosterona é sinônimo, instaura ou regula a masculinidade? Uma ideia que já vinha se delineando na Parte I fica clara a partir dos relatos da Parte II: a testosterona não faz um homem. Não há um grande poder gerador, produtivo na testosterona. Mesmo sua ação intrauterina, que seria responsável pela virilização permanente do cérebro, não é consensual, como vimos na teoria da conversão descrita no capítulo 4. Ao contrário, o que a testosterona faz é expor, exibir, fazer aflorar, revelar uma virilidade prévia, por algum(ns) motivo(s) mascarada, dormente, ou deliberadamente renegada pela sociedade. Essa percepção é unânime nas entrevistas; ninguém "virou" homem porque tomou testosterona, e aqueles que nisso acreditam merecem o desprezo e o escárnio de meus interlocutores, como vimos no capítulo 8.

Nesse sentido, torna-se mais compreensível porque são os testículos que cumprem o papel de exposição da virilidade, e não o pênis, como poderia se pensar a princípio. Cabe relembrar a discussão do capítulo 1 de que a testosterona é, no fim das contas, uma molecularização (concreta *e* simbólica) do testículo. Os músculos rijos (aí incluído o pênis) funcionam como a crista do galo dos primeiros experimentos comprovatórios da testosterona descritos no capítulo 3: são uma bandeira içada, uma demonstração clara e evidente de algo anterior, que seria a própria virilidade, repetindo "a velha dualidade que aproxima o masculino da objetividade e da visibilidade, e o feminino da subjetividade e de uma misteriosa invisibilidade" (RUSSO et al., 2009, p. 632). No fim das contas, quem tornará possível essa demonstração de força é a testosterona (ou o testículo). Ainda assim, o

hormônio não produz a virilidade, papel atualmente do cérebro, ou (mais molecularmente) do gene. A testosterona faz a ponte entre o produtor e o produto, o corpo viril, musculoso; etimologicamente, a testosterona atesta, assiste ao processo virilizador.

É preciso ter em mente que a masculinidade é deificada, ou, ao contrário, o deus judaico-cristão representa o suprassumo da masculinidade, e como tal, não é produzido, mas se revela. A masculinidade é, pois, mítica, o que parece fácil de ser dito sobre civilizações antigas ou sociedades outrora chamadas primitivas, mas é preciso admitir que ela mantém esse caráter mesmo na contemporaneidade ocidental. E, como todo mito, permite alguma flexibilidade interpretativa. Assim, podemos pensar na proposta de múltiplas masculinidades defendida no campo de estudos do homem por outro viés. Os homens reivindicarão determinadas parcelas do mito nos momentos mais oportunos, irão reinterpretá-lo de acordo com as possibilidades concretas restritas por seu lugar social e na interação com outras pessoas, principalmente com outros homens. "A virilidade, como se vê, é uma noção eminentemente *relacional*, construída diante dos outros homens, para outros homens e contra a feminilidade [...] e construída, primeiramente, dentro de si mesmo" (BOURDIEU, 2010, p.67).

Porém, como argumentei ainda na introdução, se as vivências de masculinidades são múltiplas, relacionais e contextuais, como poderia haver uma homogeneidade de efeitos da testosterona? Mais ainda, esses contextos serão dependentes de diferentes marcadores sociais da diferença; de acordo com a literatura, classe social e raça/cor estariam entre os mais centrais nesse caso. Porém, defendi que foram irrelevantes no meu campo. Essa aparente contradição pode ser explicada através de outra característica do medicamento: seu poder metafórico e metonímico. A noção do hormônio sexual como "mensageiro químico" (ou outras imagens similares) do gênero funciona como uma metáfora – a testosterona nesse caso substitui ou equivale à masculinidade. Alternativamente, sugiro que a tratemos como uma metonímia. Já associei a testosterona a essa figura de linguagem na abertura da Parte II, para explicar seu poder englobante sobre outras moléculas similares; julgo que o mesmo se aplique aqui, com uma adaptação. As características sexuadas subsumidas na testosterona correspondem a uma parte do amplo projeto hegemônico de masculinidade, parte essa ancorada no corpo biológico, que chamei de virilidade. Sendo uma parte pelo todo, é possível que outras partes sejam deixadas de lado; principalmente aquelas ausentes ou insuficientes. Ao associar a parte modificada pela testosterona ao corpo, os homens podem excluir de sua interpretação mítica aquelas partes mais "polêmicas". Assim, um corpo musculoso será um

corpo viril, não importa o que você faça ou se e como você exponha esse corpo. Um desejo sexual irrefreável será bem-vindo em qualquer interpretação de masculinidade, e destacá-lo desvia atenção de como você irá lidar com essa libido exacerbada. Uma capacidade de responder à agressão e intimidar outros homens cumprem o papel das necessárias "provas de virilidade" a que Pierre Bourdieu (2010, p.65) se refere quando associa virilidade à violência. E descrever efeitos inócuos politicamente, mas claramente virilizantes, como o aumento da pilosidade ou da sudorese, mais uma vez desvia a atenção do quão próximo ou distante cada um desses homens está do projeto hegemônico, em contraste com questões como ocupação de um cargo de chefia ou paternidade. Assim, o contexto no qual os homens estão inseridos influencia sua masculinidade no sentido de incentivar ou constranger interpretações específicas de signos masculinos (tirar a camisa na boate para os gays ou usar camisetas "mamãe tô fortinho" para os heterossexuais); o que a testosterona faz é simplesmente explicitar esses signos.

Ainda assim, é notável que todos os efeitos da testosterona descritos em manuais de fisiologia tenham sido mencionados nas entrevistas, como podemos conferir na figura abaixo.

Figura 2 – Efeitos da testosterona

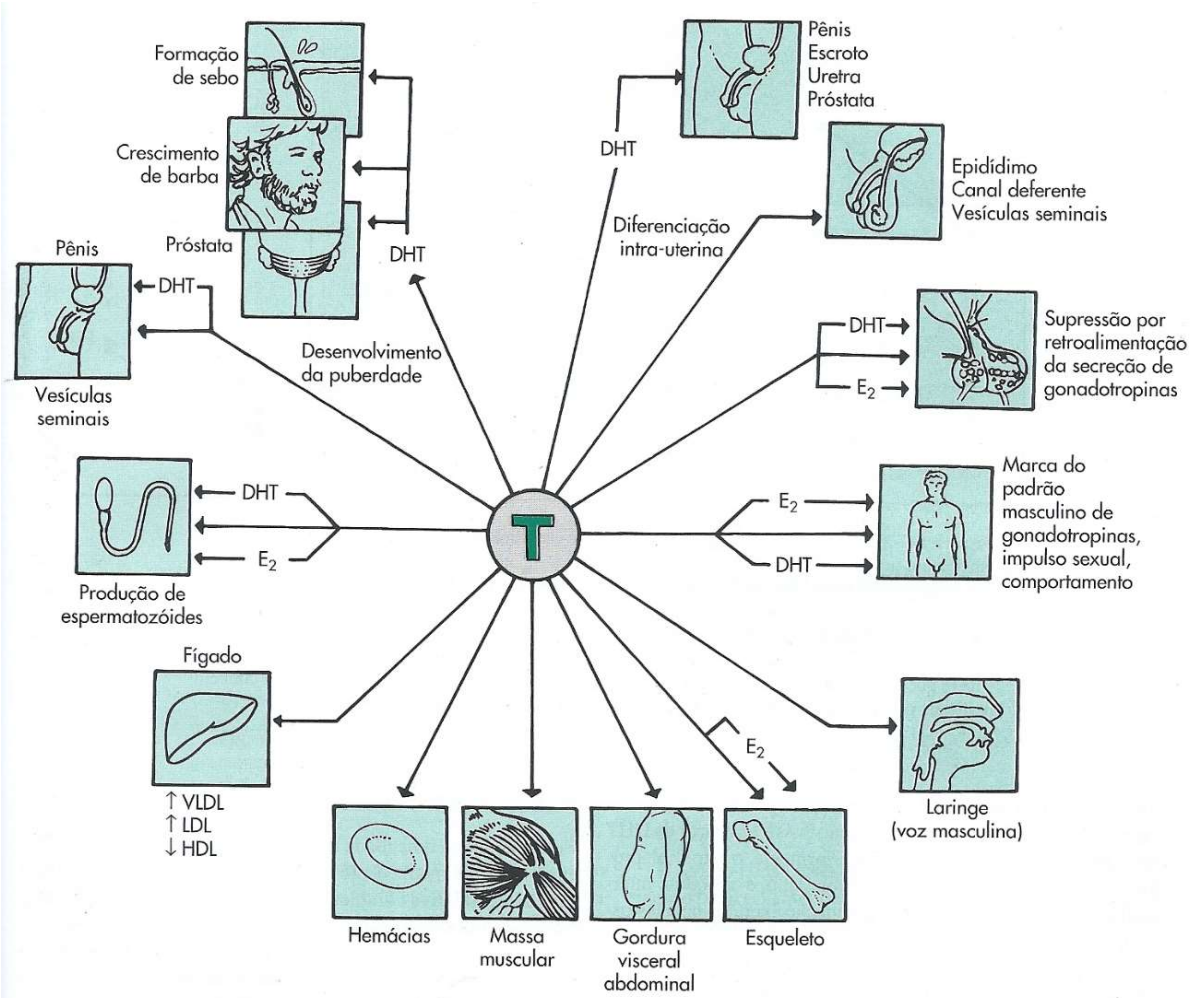

Figura 46-21 O espectro dos efeitos da testosterona *(T)*. Note que alguns efeitos resultam da ação da própria T, enquanto outros são mediados pela diidrotestosterona *(DHT)* e estradiol *(E_2)* após serem produzidos a partir da testosterona. *VLDL, LDL, HDL*: lipoproteínas de muito baixa densidade, baixa densidade e alta densidade, respectivamente.

Fonte: Berne et al, 2004, p. 1009.

Alguns efeitos só poderiam ser observados em situações específicas, como argumentei no capítulo 7 sobre a alteração no hematócrito. Outros, se destacam de forma mais notável quando há uma transição de gênero, como diferenças no padrão de distribuição da gordura, ou dependem da idade, como a hiperplasia prostática no envelhecer e o crescimento ósseo na puberdade. Alguns terão impedimentos óbvios à percepção, como a próstata, que só poderá ser avaliada em homens que a possuam, ou efeitos intrauterinos pré-natais da testosterona. Porém, guardadas as devidas especificidades, todos os efeitos foram mencionados, mas nunca todos pelo mesmo homem, nem todos de uma vez só; os efeitos que foram percebidos iam surgindo à medida que se tornavam relevantes ao longo da entrevista. Podemos assumir, portanto, que a testosterona tem o poder de expor todos esses efeitos, ou seja, a totalidade da

virilidade, mas os homens irão decidir quais, quando e para quem reivindicar cada um de seus poderes. É interessante ainda refletir sobre como os efeitos da testosterona (e dos hormônios sexuais em geral) acabam por construir, nos termos de Bourdieu (2010, p. 26), "lugares da diferença sexual" em regiões e órgãos não genitais, que se tornam também generificados, como a laringe ou a musculatura. Por fim, essa imagem explicita outro poder metonímico da testosterona: vários efeitos que dependem da DHT e do estrogênio (E_2 na figura acima) são englobados pela testosterona, como argumentei em outro texto (TRAMONTANO, 2017).

Se concordamos que a virilidade articule componentes corporais da masculinidade mediados pela testosterona, seus efeitos causarão necessariamente algum impacto orgânico, de forma que não posso me furtar a uma preocupação mais sanitária: a testosterona faz mal? Essa pergunta me foi feita incontáveis vezes ao longo da pesquisa, por pessoas díspares, e parece ser uma questão. Já vimos a ambiguidade de meus interlocutores com possíveis complicações causadas pelo hormônio no capítulo 8, e é inegável que a testosterona pode causar problemas. Como então deveríamos nos posicionar frente à igualmente inegável disseminação de seu consumo? Responder essa pergunta dá conta de algumas dicotomias do medicamento que apresentei na introdução, a saber, legal/terapêutico/controle x ilegal/aprimoramento/autonomia. Em primeiro lugar, não custa retomar a dubiedade do *pharmakón*: todo medicamento faz mal. Entretanto, consideramos que os males de certas substâncias são preferíveis frente ao problema que elas curam ou tratam (os quimioterápicos seriam o melhor exemplo disso). A decisão sobre a (i)legalidade do uso de qualquer substância é uma questão frequentemente atravessada por diversos fatores, morais, sociais, econômicos e políticos, que pouco têm a ver com seu impacto orgânico. Há diversas respostas possíveis a esse dilema, bastante atual em nossa sociedade. Assumir qualquer lado dessa disputa me remete ao ensaio recente de Peter Fry e Sérgio Carrara (2016) sobre as diferentes posições acerca da origem da homossexualidade.

Os autores partem de um embate público entre duas posições muito polarizadas, a do pastor Silas Malafaia, para quem a homossexualidade é uma "escolha", e pode, portanto, ser "revertida" ou evitada, e a resposta do geneticista Eli Vieira, que defendeu a importância de um fator genético no estabelecimento da orientação sexual, de forma que a mesma seria imutável. A questão se torna mais complexa à medida que outros atores se posicionam na polêmica. Para desacreditar o discurso homofóbico do pastor, e sua defesa da possibilidade de uma "cura gay", ativistas dos Direitos Humanos e militantes LGBT tenderam a apoiar o

geneticista, de forma que se viram inevitavelmente defendendo que a homossexualidade é inata.

Assim, na questão sobre a origem da homossexualidade, os dois polos são ocupados por atores muito distintos, e normalmente antagônicos. De um lado, defendendo que não há uma base inata na homossexualidade, estão os neopentecostais e os teóricos construtivistas; de outro, defendendo que existe um substrato genético na orientação sexual, estão os cientistas biomédicos e os ativistas LGBT. Fry e Carrara (2016, p.271) enfatizam que "posições construtivistas e essencialistas não são tão facilmente conciliáveis", e se perguntam qual seria o lugar do antropólogo nessa estranha divisão. Acredito que uma controvérsia muito semelhante ocorra em relação à legitimidade do uso da testosterona, que pode também ser expandida para incluir outros medicamentos no limiar do terapêutico e do aprimoramento. Podemos organizar esse quadro em torno da ideia de liberação do uso de substâncias, opondo discursos favoráveis ao uso e contrários ou reticentes em relação ao uso.

Como vimos desde a introdução, a indústria farmacêutica é uma das indústrias mais poderosas do mundo, movimentando quantias na casa dos bilhões. Como qualquer indústria, seu objetivo é ampliar ao máximo seus lucros, e, para tal, é necessário vender seus produtos. As estratégias de *marketing* da indústria, porém, são consideradas excessivamente agressivas já há muito tempo. O incômodo social com as frequentes posturas antiéticas da indústria farmacêutica decorre justamente da natureza de seus produtos; não estamos falando de móveis ou eletrônicos, mas de algo que tem o potencial de salvar (ou matar) populações inteiras. Aliás, é exatamente através da retórica de que medicamentos salvam vidas e povos que a indústria irá defender a aprovação (e consequente liberação) de medicamentos. As maiores polêmicas envolvendo a indústria estão associados a medicamentos de estilo de vida, questionáveis sob diferentes pontos de vista, mas cujo consumo é largamente incentivado pela indústria e seus apoiadores. De fato, é interessante para a indústria que haja um amplo e crescente consumo de medicamentos no mundo, de forma que ela adotará uma posição pró-uso de substâncias, como o faz claramente no caso da testosterona, como vimos no capítulo 5.

Se o posicionamento da indústria é óbvio, o da medicina é mais nuançado. Certamente, existem parcelas da profissão médica que se associam à indústria, e, portanto, tenderão a incentivar o uso. Uma acusação comum à clínica atualmente é o hábito de uma prescrição compulsória de medicamentos no consultório médico. Mais de uma vez nessa tese, argumentei que a indústria assumiu o lugar de formação continuada do clínico. Isso sugere que os clínicos estariam alinhados à indústria, o que não é tão linear; diversos autores/as

argumentam que os pacientes exigem a prescrição medicamentosa, e inclusive avaliam a qualidade do atendimento a partir desse parâmetro. Porém, prescrever medicamentos não significa que os médicos sejam favoráveis a um uso pleno dessas (e de quaisquer outras) substâncias. A medicina é a porta-voz de um discurso muito crítico em relação ao uso da testosterona *fora da supervisão do profissional.* Como vimos no capítulo 6, cabe ao médico "domar" o potencial tóxico dos fármacos, de forma que dificilmente veremos um médico defendendo publicamente que as pessoas sejam livres para decidir o que tomar. Essa posição pode ser expressa nas palavras de Geest e Whyte (2011, p.462).

> O valor dos medicamentos é inegável, e esse é exatamente o problema do ponto de vista dos profissionais da saúde. Para eles, o poder da maioria dos medicamentos deve ser controlado; eles não deveriam circular como mercadorias livres, exatamente porque seu poder pode ser usado de forma imprópria, sendo desperdiçado ou causando danos. [...] Essa visão se baseia em um entendimento esotérico dos fármacos e cuidados com a saúde. Essa visão presume que muitos medicamentos necessitam de um prescritor profissional para serem úteis e seguros. (Nessa visão, até medicamentos "vendidos sem receita" nas farmácias deveriam ser usados de acordo com as diretrizes estabelecidas).

Claramente contrários a uma maior liberdade do uso de medicamentos, especialmente aqueles com maior caráter de aprimoramento, estão os bioeticistas analisados por Rose (2013), que falam num processo de "medicamentalização" desnecessário e contraproducente da humanidade, que seria influência do poderio econômico da indústria farmacêutica, duramente criticada por esse grupo. Todavia, a crítica à indústria não se restringe ao campo da bioética. Diversos teóricos, de diferentes áreas das ciências humanas e sociais (principalmente na Saúde Coletiva), irão questionar as práticas da indústria e o processo de medicalização, que tende a construir patologias, diagnósticos e medicamentos simultaneamente. Menos explícitos do que os bioeticistas, esses críticos nem sempre se posicionam contrários ao uso de substâncias; porém, uma ideia de que há um consumo excessivo que poderia (deveria?) ser evitado permanece subjacente nesses discursos. Em relação ao uso de psicotrópicos e de medicamentos associados à sexualidade, o tom de crítica recrudesce, e fala-se inclusive num controle farmacológico da população, e na invasão da vida e dos corpos das pessoas pela indústria e seus produtos. Nesse ponto, temos algumas vertentes do feminismo (enquanto teoria e prática política), que denunciam o escrutínio médico do corpo das mulheres principalmente, mas expandindo para a sociedade como um todo no século XX, que seria representado, ainda que não apenas, por um consumo de medicamentos lido como excessivo.

Porém, nem todas as pessoas consideram que tomar um medicamento signifique ser controlado pela indústria farmacêutica e/ou pela medicina. Pelo contrário, uma certa vanguarda artística, acadêmica e militante defende a liberação virtualmente irrestrita do uso

de substâncias exatamente como forma de subversão desse controle. Se o antônimo do controle é a autonomia, aqui, a posição pró-uso ganha ares de um direito, de uma autonomia sobre o próprio corpo. Ainda que seja o mesmo argumento feminista contrário à violência médica sobre as mulheres, para esse grupo, a resposta não deve ser a recusa, mas o uso amplo e irrestrito do medicamento. Especificamente no caso da testosterona, esse grupo é composto por pessoas de diferentes expressões de gênero que utilizam o hormônio justamente como forma de questionar o paradigma binário. A experiência de Paul Preciado (2013)[257] é um exemplo ideal desse caso.

> Durante esse período, passo tempo com meus amigos trans. Alguns estão tomando hormônios como parte de um protocolo para mudar de sexo, e outros estão brincando com ele, se auto-medicando sem tentar mudar legalmente de gênero ou passando por qualquer acompanhamento psiquiátrico. Eles não se identificam com o termo disfórico de gênero, e se declaram "piratas de gênero" ou "*hackers* de gênero". Eu pertenço a este último grupo de usuários de testosterona. Nós somos usuários *copyleft*, que consideram hormônios sexuais biocódigos livres e abertos, cujo uso não deve ser regulado pelo Estado ou controlado por empresas farmacêuticas (PRECIADO, 2013, p.55, tradução livre[258]).

A referência a termos como "*hacker*" ou "*copyleft*" não é apenas retórica; Preciado (2013, p.395) defende que a posição dos ativistas do *software* livre seja aplicada também ao uso de medicamentos, que passa a ser tratado como uma questão de direitos: "Temos o direito de exigir a propriedade coletiva e 'comum' dos biocódigos de gênero, sexo e raça" (PRECIADO, 2013, p.352, tradução livre[259]). Curiosamente, um dos médicos que entrevistei no mestrado também se refere à testosterona como uma questão de direito: "Eu acho que um homem, mesmo aos 60 anos de idade, tem o direito de ter níveis de testosterona similares aos um indivíduo mais jovem" (TRAMONTANO, 2012, p.96). Entretanto, uma característica dessa controvérsia é exatamente a repetição dos mesmos argumentos na defesa de posições antagônicas, ou na fala de grupos normalmente de lados opostos.

Assim, se pensamos do ponto de vista da dicotomia controle/autonomia, por exemplo, temos os teóricos da medicalização e os bioeticistas defendendo que a recusa ao uso massivo

---

[257] Quando escreve o livro, Paul ainda se identificava como Beatriz, sendo sua transição de gênero mais recente. Nessa tese, utilizo o nome social adotado atualmente pelo autor, inclusive nas Referências, ao contrário do que consta na ficha catalográfica do livro, entendendo que se trata de uma questão de direito, respeito e cidadania.

[258] No original: "During this period, I spend my time with my trans friends. Some are taking hormones as part of a protocol to change sex, and others are fooling with it, self-medicating without trying to change their gender legally or going through any psychiatric follow-up. They don't identify with the term *gender dysphorics* and declare themselves "gender pirates," or "gender hackers." I belong to this latter group of testosterone users. We're *copyleft* users who consider sex hormones free and open biocodes, whose use shouldn't be regulated by the state or commandeered by pharmaceutical companies".

[259] No original: "We have the right to demand collective and "common" ownership of the biocodes of gender, sex, and race".

de hormônios sexuais é uma questão de autonomia sobre o próprio corpo e o processo saúde-doença, que a biopolítica alienaria. Como vimos, os "*hackers* de gênero" defendem o direito ao uso do hormônio como uma questão, justamente, de autonomia. De forma análoga, a indústria farmacêutica, que incentiva um uso mais livre, é acusada por ambos os grupos de tentar controlar os corpos das pessoas com seus produtos, e a mesma acusação será direcionada à medicina (especialmente à clínica), que seria contrária ao uso livre para manter a hegemonia dos médicos sobre a saúde das pessoas. A diferença entre essas críticas é sutil: para uns, o controle seria pela restrição ao uso e ao comércio de medicamentos; para outros, pelo incentivo ao consumo excessivo.

Pensando em outra dicotomia, natural/artificial, novamente entramos num terreno pantanoso. As posições pró-uso são acusadas pelos bioeticistas de não se contentarem "com a restauração de corpos e de almas doentes a suas normas orgânicas, vitais. Nesta nova era, parece, somos capazes de remodelar aspectos-chaves do funcionamento de nossos corpos e de nossas almas mais ou menos à vontade" (ROSE, 2013, p.143). Decerto que essa crítica é direcionada à indústria farmacêutica, mas a acusação de que o uso de hormônios para trânsito de gênero seja uma alteração artificial do corpo é lugar-comum. Por outro lado, a recusa ao uso excessivo mal esconde uma tentativa de preservar uma suposta naturalidade do corpo "puro". Como vimos no capítulo 5, esse era o argumento dos médicos contrários ao uso de anabolizantes entre os atletas, e a base de sustentação do discurso anti-*doping*. Muitos textos acadêmicos, ao qualificar a ereção ou os orgasmos aditivados pelo Viagra e pela testosterona como antinaturais, acabam por reconstruir uma noção de que o corpo "realmente" natural seja aquele que prescinde do uso dessas substâncias.

Analisando esse quadro, fica claro que qualquer dessas posições é relativa, e, ao optar por uma, alguém provavelmente se verá ao lado de um grupo com um discurso antagônico ao seu, como aconteceu com a antropologia frente à discussão sobre a origem da homossexualidade (FRY&CARRARA, 2016, p.273). Assim, considero que seja um problema responder à pergunta se testosterona faz mal. Primeiro, porque fará inevitavelmente, é uma ambiguidade inerente aos fármacos. Segundo, porque os motivos, sejam pró ou contra o uso da testosterona, são complexos demais para que se adote uma postura inequívoca. Terceiro, porque, numa sociedade que vive um amplo processo de medicalização molecular, a decisão do uso, o gerenciamento dos riscos e a resolução de suas possíveis consequências cabem exclusivamente ao indivíduo, autônomo e "atomizado" (diga-se de passagem, outra forma, ainda menor, de falar "molecularizado"). Ao invés de decidir se somos contra ou a favor do

uso, devemos tentar compreender os diferentes contextos do uso, e, através deles, colocar nossas próprias convicções em xeque.

> Mas será tarefa da antropologia apenas "desconstruir" o que é cotidianamente vivido por um sem-número de pessoas como dado, como certo e "natural", mantendo-se inexoravelmente presa às aporias da controvérsia? Não seria talvez o caso de deslocar a questão e, colocando-se também a si própria como "objeto de pesquisa", problematizar a oposição construção/essência, natureza/cultura? O que se poderia fazer então seria uma análise mais cuidadosa dos contextos (sociais, históricos, culturais) em que tais ou quais teorias – sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais sobre a homossexualidade – emergem e prosperam. Podemos, por exemplo, supor que fechamentos ou aberturas identitárias (essencialismos e relativismos) são contexto-dependentes. Disso emergiria um conjunto inteiramente diferente de questões, que, do nosso ponto de vista, são bem mais interessantes. [...] Enfim, perspectivas "essencialistas" e "relativistas" deviam ser vistas também como parte do problema a ser pesquisado antropologicamente e não como princípios a serem atacados ou defendidos, mesmo que em nome dos fundamentos da disciplina. Do mesmo modo, adjetivos como "relativista/construcionista" e "essencialista" poderiam ser abordados antes como categorias de acusação, cujo rendimento político mostra-se variável em diferentes contextos sociais (FRY&CARRARA, 2016, p.272-3).

Adaptando a reflexão dos antropólogos à nossa questão, cabe perguntar qual a validade, teórica e política, de insistirmos em dicotomias que simplesmente não se sustentam. A testosterona é terapêutica ou é só aprimoramento? Um aprimoramento sempre produz um corpo artificial? Ainda que admitamos que exista um corpo natural, faz sentido defende-lo e reivindica-lo? Qual o problema de não ter um corpo "puro"? É a legalidade que torna a testosterona legítima? O uso ilegal é sempre perigoso? O uso legal não tem riscos? Quando tomamos um medicamento, somos controlados ou exercemos nosso direito de autonomia? Repetindo a reflexão de Haraway (1991), não somos todos ciborgues num mundo biotecnológico e molecular? Não tenho respostas a nenhuma dessas perguntas, e acredito que elas não devam ser respondidas. Mais útil é explorarmos as ambiguidades que as tornam de difícil resposta.

Comecei essa tese falando sobre as ambiguidades que cercam a própria ideia de medicamento, exatamente por perceber múltiplas ambiguidades inerentes à testosterona. Espero ter apresentado de forma convincente nas páginas anteriores que quase tudo acerca da testosterona soa ambíguo, confuso, borrado, esfumaçado. Seus usos, portanto, não poderiam ser estáveis. A testosterona é, e às vezes simultaneamente, remédio, tônico, medicamento, estimulante, narcótico, afrodisíaco, fatal, sistêmica, ilegal, exógena, natural, sintética, prescrita, masculina e até feminina. Seus usos estão constantemente num limiar, são frequentemente passíveis de questionamento. Ela é metonímia da masculinidade, mas também serve às mulheres e a corpos sem gênero. É, antes de qualquer coisa, uma molécula, mas raramente é tratada como tal, e ainda impõe seu nome a várias outras. Seus efeitos foram

extensamente descritos há quase um século, mas ainda assim são de difícil predição, e tem o hábito de se transformar em outras coisas, mesmo no seu exato oposto, o estrogênio. Ela molda corpos e inflama desejos, mas intoxica e deforma. Está presente em todos os corpos, mas é exatamente o que os diferencia. Natural, mas artificial. Terapêutica, mas aprimoramento. Legal, mas ilegal. Biológica, mas política. Reparadora, mas transformadora. Legítima, mas condenável. Padroniza, mas desvia. Controla, mas liberta. Normalizadora, mas revolucionária. É por isso que explorar as trêmulas fronteiras que a testosterona agita é um desafio, uma necessidade e um desejo. É uma justificativa para a pesquisa, um ponto de partida e uma matriz de análise. A testosterona flutua demais para ser ancorada nas rígidas dicotomias que ela sustenta enquanto as desafia. Essa foi uma tese sobre a testosterona.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, John. Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, v.44, nº 4, p. 603-622, 2010.

AGAMBEN, Giorgio. *Profanações*. São Paulo: Boitempo, 2007.

ALMEIDA, Guilherme; MURTA, Daniela. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, nº 14, p. 380-407, ago 2013.

ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Editora Record, 2009.

ANSEL, Howard. *Farmacotécnica*: formas farmacêuticas e sistemas de liberação de fármacos. 6ª edição. São Paulo: Cia. dos Livros, 2000

APPADURAI, Arjun. Introdução: mercadorias e a política de valor. In: _____. (Ed.). *A vida social das coisas*: as mercadorias sob uma perspectiva cultural. Niterói: EdUFF, 2008. p. 15-88.

ARÁN, Márcia. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. IX, nº 1, p. 49-63, jan/jun 2006.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, nº 1, p. 15-41, 2009.

ARONSON, Stanley M. *Physician's lexicon*: a testimony to virility. *Medicine and health*, Rhode Island, v. 93, nº 4, p. 118, Apr. 2010.

ÁVILA, Simone Nunes. *FTM, transhomem, homem trans, trans, homem*: a emergência de transmasculinidades no Brasil contemporâneo. 2014. 241 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

AZIZE, Rogerio. *A química da* qualidade de vida: um olhar antropológico sobre o uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras. 2002. 118 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002.

AZIZE, Rogerio; ARAÚJO, Emanuelle. A pílula azul: uma análise de representações sobre masculinidade em face do Viagra. *Antropolítica*, nº 14, p.133-151, 2003.

BAERT, Patrick. Algumas limitações das explicações da escolha racional na ciência política e na sociologia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* [online], São Paulo, v. 12, nº 35, s/ p.-, fev 1997.

BARBOSA, Bruno César. *Nomes e diferenças*: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual. 2010. 121 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BEAMISH, Rob; RITCHIE, Ian. From chivalrous 'brothers-in-arms' to the eligible athlete: changed principles and the IOC's banned substance list. *International Review for the Sociology of Sport*, Londres, v. 39, nº 4, p. 355–371, 2004.

BELL, Susan; FIGERT, Anne. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, v.75, p. 775-783, 2012.

BECKER, Howard. *Outsiders*: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BENEDETTI, Marcos. Toda feita: o corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo*: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BERNE, Robert; LEVY, Matthew; KOEPPEN, Bruce; STANTON, Bruce. *Fisiologia*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BÍBLIA. Português. *Bíblia de Jerusalém*. Rio de Janeiro: Paulus, 2014.

BOECHAT, Walter. *Os arquétipos masculinos*. In: NOLASCO, Sócrates (Org.) *A desconstrução do masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995. p. 30-42.

BOLTASNKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BONACCORSI, Antonio Carlos. Andropausa: insuficiência parcial androgênica do homem idoso. Uma revisão. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, v. 2, n. 45, p.45-57, 2001.

BOURDIEU, Pierre. Campo intelectual e projeto criador. In: POUILLON, Jean. (Org.) *Problemas do Estruturalismo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986. p. 105-145.

BOURDIEU, Pierre. A ilusão biográfica. In: AMADO, Janaína; FERREIRA, Marieta de M. (Coord.) *Usos e abusos da história oral.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 183-191.

BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1998. Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 98, de 22 de novembro de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 224, Seção I, p. 13-17, nov. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 22, de 16 de fevereiro de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 34, Seção I, p. 6-10, fev. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 202, de 1º de novembro de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 212, Seção I, p. 17-20, nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Formulário terapêutico nacional 2010*: Rename 2010. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 63, de 28 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 251, Seção I, p. 248-249, nov. 2012.

BRIGEIRO, Mauro. *Rir ou chorar?* Envelhecimento, sexualidade e sociabilidade masculina. 2000. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2000.

BULLOUGH, Vern. *Science in the bedroom*: a history of sex research. New York: Basic Books, 1994.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo". In: LOURO, Guacira L. (Org.) *O corpo educado*. Pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 151-172.

CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus:* a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis,* Rio de janeiro, v. 3, nº 19, p.659-678, 2009.

CARVALHO, Mario Felipe de Lima. *Que mulher é essa?* Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais. 2011. 140f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

CARVALHO, Mario Felipe de Lima. *"Muito prazer, eu existo!"*: visibilidade e reconhecimento no ativismo de pessoas trans no Brasil. 2015. 261 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

CARVALHO, Mario; CARRARA, Sérgio. *Em direito a um futuro trans?*: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad.* Rio de Janeiro, n.14, p.319-351, 2013.

CASTEL, Pierre-Henri. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do "fenômeno transexual" (1910-1995). *Revista Brasileira de História,* São Paulo, v. 21, nº 41, p. 77-111. 2001.

CECCHETTO, Fátima R. *Violência e estilos de masculinidade no Rio de Janeiro*. 2002. 272 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CLARKE, Adele; SHIM, Janet; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth; FISHMAN, Jennifer. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness and US biomedicine. *American Sociological Review*, v. 68, p. 161-194, 2003.

CONNEL, Raewyn. *Masculinities*. Second Edition. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2005.

CONRAD, Peter. *The medicalization of society*: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

COSTA, Anacely Guimarães. *Fé cega, faca amolada*: reflexões acerca da assistência médico-cirúrgica à intersexualidade na cidade do Rio de Janeiro. 2014. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

DEBERT, Guita. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 34, nº 12, p.39-56, 1997.

DEBERT, Guita; BRIGEIRO, Mauro. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 27, nº 80, p.37-54, 2012.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 2010.

DUMIT, Joseph. *Drugs for life:* how pharmaceutical companies define our health. Durham and London: Duke University Press, 2012.

DUMONT, Louis. *O Individualismo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

DUMONT, Louis. Introdução. In: _____. *Homo Hierarchicu*s: o sistema de castas e suas implicações. São Paulo: EDUSP, 1992. p. 49-67.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador*. Volume 1: uma história dos costumes. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2011.

FARIAS, Patricia S.; CECCHETTO, Fátima; SILVA, Paulo R. P. Homens e mulheres com H(GH): gênero, masculinidades e anabolizantes em jornais e revistas de 2010. *Cadernos Pagu*, Campinas, nº 42, p. 417-446, jan/jun 2014.

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.

FAUSTO-STERLING, Anne. Gender systems: toward a theory of human sexuality. In: _____. *Sexing the body:* gender politics and the construction of sexuality. Nova York: Basic Books, 2001. p. 233-379.

FERREIRA, Jaqueline. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, Luis Fernando Dias; LEAL, Ondina Fache (Org.) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. p. 49-56.

FERNANDEZ, A.; ACOSTA, L. Documento básico de consenso sobre el síndrome de hipogonadismo de inicio tardío. *Endocrinol. Nutr.*, v.1, n. 55, p.5-28, 2008.

FISCHLER, Claude. O obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, Denise B. (Org.) *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 69–80.

FLECK, Ludwick. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade volume 1*: A Vontade de Saber. São Paulo: Editora Graal, 2007.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder.* São Paulo: Editora Graal, 2008.

FOX, Nick; WARD, Katie. Pharma in the bedroom...and the kitchen...The pharmaceuticalisation of daily life. *Sociology of Health & Illness*, v.30, nº 6, p. 856-868, 2008.

FRANÇA, Isadora L. *Consumindo lugares, consumindo nos lugares*: homossexualidade, consumo e subjetividades na cidade de São Paulo. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012.

FRY, Peter; CARRARA, Sérgio. "Se oriente, rapaz!": onde ficam os antropólogos em relação a pastores, geneticistas e tantos "outros" na controvérsia sobre as causas da homossexualidade? *Revista Antropologia*, São Paulo, v. 59, nº 1, p. 258-280, abr 2016.

GEDDES, Patrick e J. Arthur Thompson. *The evolution of sex*. Londres: 1889 *apud* LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo*: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

GEEST, Sjaak van der; WHYTE, Susan R.; HARDON, Anita. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, v. 25, p. 153-178, 1996.

GEEST, Sjaak van der; WHYTE, Susan R. O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 14, nº 2, p. 457-472, jul/dez 2011.

GIAMI, Alan. *Da impotência à disfunção erétil*: destinos da medicalização da sexualidade. *Physis*, v. 3, nº 19, p. 637-658, 2009.

GOFFMAN, Erving. *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2008.

GOULD, Stephen Jay. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

GREENE, Jeremy. *Prescribing by numbers*: drugs and the definition of disease. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2008.

GRONEMAN, Carol. *Ninfomania: história*. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

HAMILTON, David. *The monkey gland affair*. Londres: Chatto & Windus, 1986.

HAMILTON, Victor P. *New International Commentary of the Old Testament*: the book of genesis, chapters 18-50. Michigan: Eerdmans, 1995.

HARAWAY, Donna. *Simians, cyborgs, and women:* the reinvention of nature. New York: Routledge, 1991.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 5, p. 7-41, 1995.

HEALY, David. *The antidepressant era*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

HERDT, Gilbert. *Guardians of the flute*: idioms of masculinity. Chicago e Londres: The University of Chicago Press, 1994.

HISLOP, Jenny; ARBER, Sara. Understanding women's sleep management: beyond medicalization-healthicization! *Sociology of Health & Illness*, v. 25, nº 7, p.815-837, 2013.

HOBERMAN, John. *Testosterone dreams*: rejuvenation, aphrodisia, doping. Berkeley e Los Angeles: University of California Press, 2005.

JASANOFF, Sheila (Ed.) *States of knowledge*: the co-production of science and social order. Londres e Nova York: Routledge, 2006.

KIMMEL, Michael. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 4, nº 9, p. 103-117, out 1998.

KOPYTOFF, Igor. A biografia cultural das coisas: a mercantilização como processo. In: APPADURAI, Arjun (Ed.). *A vida social das coisas*: as mercadorias sob uma perspectiva cultural. Niterói: EdUFF, 2008. p. 89-121.

KUHN, Thomas. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1998.

LAKOFF, Andrew. *Pharmaceutical reason*: knowledge and value in global psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

LANZ, Letícia *O corpo da roupa*: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. 2014. 342 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo*: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. *A vida de laboratório. A produção de fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LeBRETON, David. *Antropologia do Corpo e Modernidade*. Petrópolis: Vozes, 2011.

LEFÈVRE, Fernando. *O medicamento como mercadoria simbólica.* São Paulo: Cortez Editora, 1991.

LEITE JR., Jorge. *Nossos corpos também mudam*: a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico. São Paulo: Annablume, 2011.

LIMA, Fátima; CRUZ, Kathleen T. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, nº 23, p. 162-186, ago 2016.

LOE, Meika. Fixing broken masculinity: Viagra as a technology for the production of gender and sexuality. *Sexuality and Culture*, v. 3, nº 5, p. 97-125, 2001.

LOVEJOY, Arthur. *A grande cadeia do ser.* São Paulo: Palíndromo, 2005.

MACHADO, Paula Sandrine. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. *Cadernos Pagu*, Campinas, nº 24, p. 249-281, jan-jun 2005.

MARSHALL, Barbara L.; KATZ, Stephen. Forever functional: sexual fitness and the ageing male body. *Body & Society*, v. 4, n. 8, p.43-70, 2002.

MARSHALL, Barbara. Climateric redux?: (re)medicalizing the male menopause. *Men and masculinity,* n. 9, p.509-529, 2007.

MARTIN, Emily. *Flexible bodies*: the role of imunity in american culture from the days of polio to the age of AIDS. Boston: Beacon, 1994.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo*: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MOSSE, George L. *The image of man*: the creation of modern masculinity. Nova York: Oxford University Press, 1996.

NASCENTES, Antenor. *Dicionário Etimológico da Língua Portuguêsa*. Segunda tiragem da primeira edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1955.

NASCIMENTO, Marcos Antonio Ferreira do. *Improváveis Relações:* produção de sentidos sobre o masculino no contexto de amizade entre homens homo e heterossexuais. 194 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

NOLASCO, Sócrates. *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

NOLASCO, Sócrates (Org.) *A desconstrução do masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

NUCCI, Marina. *Hormônios pré-natais e a idéia de sexo cerebral*: uma análise das pesquisas biomédicas sobre gênero e sexualidade. 2010. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

NUCCI, Marina. Seria a pílula anticoncepcional uma droga de "estilo de vida"? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, nº 10, p. 124-139, 2012.

NUCCI, Marina F. *"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. Tales from the 'script': an insider/outsider view of pharmaceutical sales practices. *Kroeber Anthropological Society Papers*, Berkeley, nº 87, p. 147-176, 2002.

OLIVEIRA, Pedro Paulo de. *A construção social da masculinidade.* Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

OOSTERHUIS, Harry. Richard von Krafft-Ebing's "step children of nature": psychiatry and the making of homosexuality. In: ROSARIO, Vernon (Org.) *Science and Homosexuality*. Nova York: Routledge, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Uso racional de los medicamentos: informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1986.

OUDSHOORN, Nelly. *Beyond the natural body*: an archeology of sex hormones. Londres e New York: Routlegde, 1994.

PETRYNA, Adriana; LAKOFF, Andrew; KLEINMAN, Arthur (Org.) *Global Pharmaceuticals*: ethics, markets and practices. Durham and London: Duke University Press, 2006.

POPPER, Karl R. *A lógica da pesquisa científica.* São Paulo: Pensamento-Cultrix, 1972.

PRECIADO, Beatriz [Paul]. *Testo Junkie*: sex, drugs, and biopolitics in the pharmacopornographic era. New York: Feminist Press, 2013.

RIBEIRO, Claudia R. S. *Sexualidade, corpo e saúde masculinos*: transformações e permanências nos discursos de homens e da revista Men's Health. 2011. 322 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2011.

RIBEIRO, Leonídio. *Homossexualidade e endocrinologia*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1938.

ROBERTS, Celia. *Messengers of sex:* hormones, biomedicine and feminism. Nova York: Cambrigde University Press, 2007.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.133-152, jun. 2008.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença*: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

ROHDEN, Fabíola. "O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horizontes Antropológicos*, v.35, n. 17, p.161-196, 2011.

ROSE, Nikolas. *A política da própria vida*: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly,* v. 2, n. 80, p.237-260, 2002.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Do contrato social*. São Paulo: Martin Claret, 2013.

RUBIN, Gayle. Traffic on women: notes on the political economy of sex. In: REITER, Rayna R. (Ed.) *Toward an anthropology of women*. New York: Monthly Review Press, 1975. p.157-210.

RUSSET, Cinthia E. *Sexual science*: the Victorian construction of womanhood. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, v. IX, nº 3, p. 460-483, 2006.

RUSSO, Jane; ROHDEN, Fabíola; TORRES, Igor; FARO, Livi. O campo da Sexologia no Brasil: constituição e institucionalização. *Physis*, v. 3, n. 19, p. 617-636, 2009.

RUSSO, Jane; ROHDEN, Fabíola; TORRES, Igor; FARO, Livi; NUCCI, Marina; GIAMI, Alain. *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011.

RUSSO, Jane A terceira onda sexológica: medicina sexual e farmacologização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latino-americana*, n. 14, 2013.

SABINO, César. Anabolizantes: drogas de Apolo. In: GOLDENBERG, M. (Org.) *Nu e Vestido*: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 139-188.

SANTOS, Ligia A. *O corpo, o comer e a comida*: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo. Salvador: EDUFBA, 2008.

SCHIEBINGER, Londa. Skeletons in the closet: the first illustrations of the female skeleton in Eighteenth-Century Anatomy". In: _____. (Ed.) *Feminism and the body.* Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 25-57.

SCHIEBINGER, Londa. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru: Edusc, 2001.

SCULL, Andrew; FAVREAU, Diane. The clitoridectomy craze. *Social research*, New York, v. 53, nº 2, p. 243-260, Summer 1986.

SILVEIRA, Viviane T.; VAZ, Alexandre F. *Doping* e controle de feminilidade no esporte. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 42, p. 447-475, jan/jun 2014.

SIMAKAWA, Viviane V. *Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes*: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. 2015. 244 f. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

SOLOMONS, Graham; FRYHLE, Craig. *Química Orgânica*. Volume 1. Rio de Janeiro: LTC, 2001.

SONTAG, Susan. Doença como metáfora. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUZA, Rolf R. de. *A Confraria da Esquina*: o que os *Homens de Verdade* falam entre si em torno de uma carne queimando. Uma etnografia de um *churrasco* numa esquina do *subúrbio* carioca. 2003. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

STEPAN, Nancy L. *Eugenia no Brasil, 1917-1940*. In: HICHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. (Org.) *Cuidar, controlar, curar*: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 331-391.

STOLLER, Robert J. *Masculinidade e feminilidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993 *apud* LEITE JR., Jorge. *Nossos corpos também mudam*: a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico. São Paulo: Annablume, 2011.

TAUSK, Marius. De beteekenis van de vrouwelijke geslachtshormonen (menformon en progesterone) in het bijzonder gedurende de zwangerschap. *Het Hormoon*, Amsterdam, v. 3, nº 6, p.41-46, 1934 *apud* OUDSHOORN, Nelly. *Beyond the natural body*: an archeology of sex hormones. Londres e New York: Routlegde, 1994.

TAUSK, Marius. *Organon:* de geschiedenis van een bijzondere Nederlandse Onderneming. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1978 *apud* OUDSHOORN, Nelly. *Beyond the natural body*: an archeology of sex hormones. Londres e New York: Routlegde, 1994.

THIAGO, Cristiane. *Hormônios, masculinidade e velhice: um estudo de sites de laboratórios farmacêuticos e associações médico-científicas.* 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

TRAMONTANO, Lucas. *"Continue a nadar": sobre testosterona, envelhecimento e masculinidade.* Março de 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2012.

TRAMONTANO, Lucas; RUSSO, Jane. O diagnóstico de Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino e os (des)caminhos do desejo sexual masculino. *Mediações,* Londrina, v. 20, nº 1, p. 174-193, jan/jun 2015.

TRAMONTANO, Lucas. A fixação e a transitoriedade do gênero molecular. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 23, nº 47, p. 163-189, jan/abr 2017.

VALE DE ALMEIDA, Miguel. *Senhores de si*: uma interpretação antropológica da masculinidade. Lisboa: Fim de Século, 2000.

VAZ, Alexandre. Doping, Esporte, Performance: notas sobre os "limites" do corpo. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 27, n.1, p.23-36, 2005.

VENTURA, Miriam. *A transexualidade no tribunal*: saúde e cidadania. Rio de Janeiro: Eduerj, 2010.

VERNANT, Jean-Pierre. *Entre mito e política.* São Paulo: Edusp, 2002.

VIEGIB, Renata F.; NACIF, Marcia de A. Nutrição aplicada à atividade física e ao esporte. In: SILVA, Sandra Maria C.; MURA, Joana D'Arc P. *Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia*. 2ª ed. São Paulo: Roca, 2013. p. 237-258.

WIJNGAARD, Marianne. *Reinventig the sexes*: the biomedical construction of femininity and masculinity. Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press, 1997.

WILLIAMS, Simon; MARTIN, Paul; GABE, Jonathan. Pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, v.33, nº 5, p. 710-725, 2011.

ZIMERMAN, David. Etimologia de termos psicanalíticos. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ZONDEK, Bernard. Mass excretion of œstrogenic hormone in the urine of the stallion. *Nature*, nº 133, 1934, p. 209-210 *apud* OUDSHOORN, Nelly. *Beyond the natural body*: an archeology of sex hormones. Londres e New York: Routlegde, 1994.

ZORZANELLI, Rafaela; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JR., Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, nº 6, p.1859-1868, 2014.

APÊNDICE A – Perfil dos Entrevistados

Tabela 1 – Perfil dos entrevistados

Nome	Data Entrevista	Cidade	Orientação Sexual[a]	Cis/Trans	Idade	Raça/cor[a]	Ocupação
Fernando	15/03/2016	Rio de Janeiro	Homossexual	Cisgênero	44	Branca	Psicólogo
Otávio	26/03/2016	São Paulo	Homossexual	Cisgênero	35	Parda	Professor
Paulo	10/04/2016	São Paulo	Homossexual	Cisgênero	51	Branca	Professor
Ivan	14/04/2016	Niterói	Heterossexual	Transexual	66	Branca	Escritor
Evandro	22/04/2016	Rio de Janeiro	Homossexual	Cisgênero	27	Branca	Estudante
Roberto	22/04/2016	Rio de Janeiro	Homossexual	Cisgênero	30	Branca	Farmacêutico
Sérgio	27/04/2016	Rio de Janeiro	Heterossexual	Cisgênero	39	Branca	Funcionário de gráfica
Sílvio	28/04/2016	Rio de Janeiro	Homossexual	Cisgênero	32	Branca	Farmacêutico
João Pedro	03/05/2016	Rio de Janeiro	Homossexual	Cisgênero	52	Branca	Educador Físico
Leandro	06/05/2016	Rio de Janeiro	Heterossexual	Transexual	43	Parda	Professor
Mateus	26/05/2016	São Paulo	Heterossexual	Cisgênero	31	Branca	Publicitário
Flávio	30/05/2016	São Paulo	Bissexual	Transexual	32	Negra	Estudante
Frederico	30/05/2016	São Paulo	Heterossexual	Transexual	30	Branca	Músico
Augusto	08/06/2016	Rio de Janeiro	Heterossexual	Transexual	35	Negra	Educador Físico
Rubens	14/06/2016	Rio de Janeiro	Homossexual	Cisgênero	28	Parda	Farmacêutico
Antônio	18/06/2016	Rio de Janeiro	Heterossexual	Cisgênero	28	Parda	Militar
Mauro	21/06/2016	Recife	Panssexual	Transexual	26	Branca	Estudante
Jorge	22/06/2016	Califórnia-EUA	Heterossexual	Cisgênero	34	Branca	Educador Físico
Renato	29/06/2016	Porto Alegre	Homossexual	Transexual	29	Branca	Estudante
Claudio	30/06/2016	Rio de Janeiro	Heterossexual	Cisgênero	42	Branca	Farmacêutico
Samuel	07/07/2016	Rio de Janeiro	Heterossexual	Cisgênero	28	Branca	Analista de sistemas
		13 RJ	9 HOMO	14 CIS	6 20a	15 BRANCOS	
		5 SP	10 HETERO	7 TRANS	9 30a	4 PARDOS	
		1 EUA	1 BI		3 40a	2 NEGROS	
		1 PE	1 PAN		2 50a		
		1 RS			1 60a		

Legenda: [a] – auto identificação no período da entrevista.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevistas

1) O início: Fornecimento/Acesso

Como você começou a tomar testosterona? O que lhe fez escolher pela testosterona? Quais os objetivos ao escolher a testosterona? Você tomava outras coisas antes (para esses objetivos)? Como você compra/comprou? Sempre da mesma forma e no mesmo lugar? É cara para você (valor em relação à renda)? Alguém te deu? Como você conheceu essas pessoas? Como você soube quanto e como tomar? Como você toma? O que você usa exatamente? Quando você tomou pela última vez?

2) Efeitos/Sigilo

Como você se sente (O que acontece) quando você toma testosterona? Quais os efeitos? O que muda/mudou quando você toma/tomou? Por quanto tempo dura? Você comentou com alguém? Com quem? Se não, por que não? Alguém lhe criticou por tomar? Se sim, quais os argumentos das críticas dessas pessoas? Você acha que elas têm razão? Por quê (não)? Tiveram efeitos desagradáveis? Como lidar com os efeitos desagradáveis?

3) Moralidade/Permanência

Você ainda toma? Se sim, por quê? Se não, pretende voltar a tomar? Se parou, por quê? Acha que voltará a tomar algum dia? Você recomendaria para outras pessoas na mesma condição que te fez tomar a princípio? Que conselhos você daria para alguém que está começando a usar, ou pensando em começar?

APÊNDICE C – Lista das substâncias utilizadas

Tabela 2 – Lista das substâncias utilizadas pelos entrevistados

		ESTEROIDES ANDROGÊNICOS ANABOLIZANTES		
	Nome Comercial	**Princípio Ativo**	**Nº usuários**	**Classe**
1	Anavar[a]	oxandrolona	2	androgênio 17-α-alquilado
2	Androgel	testosterona 50mg	2	testosterona
3	Axeron	testosterona 2% solução tópica	1	testosterona
4	Deca Durabolin	decanoato de nandrolona	3	esteroide
5	Deposteron	cipionato de testosterona	8	éster de testosterona
6	DHEA	deidroepiandrosterona	3	esteroide androgênico
7	Dianabol	metandrostenolona	2	androgênio 17-α-alquilado
8	Duratestoland	propionato + fempropionato + isocaproato + decanoato de testosterona	1	ésteres de testosterona
9	Durateston	propionato + fempropionato + isocaproato + decanoato de testosterona	9	ésteres de testosterona
10	Enantato[b]	enantato de testosterona	2	éster de testosterona
11	Masteron	propionato de drostanolona	2	esteroide
12	Nebido	undecanoato de testosterona	6	éster de testosterona
13	Testogar[a]	propionato de testosterona	2	éster de testosterona
14	Winstrol	estanozolol	7	androgênio 17-α-alquilado
		OUTROS ANABOLIZANTES		
1	GH	somatotrofina	1	hormônio do crescimento
2	Parabolan[a]	acetato de trembolona	1	esteroide veterinário
3	Pulmonil	clembuterol	1	agonista beta-adrenérgico anabolizante veterinário
		PROTETORES HEPÁTICOS		
1	Milk Thistle	Silybum marianum (cardo-mariano)	2	fitoterápico
2	Xantinon	DL-metionina + cloreto de colina	1	
		PÓS-CICLO		
1	Arimidex	anastrozol	1	inibidor de aromatase
2	Clomid	clomifeno	2	aumenta GnRH/FSH/LH
3	Tamoxifeno	tamoxifeno	2	bloqueador de estrogênio
4	Tribulus terrestris	protodioscina	3	fitoterápico
5	ZMA	zinco + magnésio + vitB6	1	complexo vitamínico
		SUPLEMENTOS		
1	β-alanina		2	aminoácido
2	Albumina		2	aminoácido
3	Arginina		1	aminoácido
4	BCAA	L-valina + L-leucina + L-isoleucina	6	aminoácido
5	Cafeína		2	alcaloide xantina
6	Creatina		6	aminoácido
7	GABA	ácido gama-aminobutírico	1	neurotransmissor
8	Glutamina		4	aminoácido
9	L-carnitina	B11	1	vitamina termogênica
10	Maltodextrina		1	carboidrato
11	Ômega 3		1	ácido graxo de cadeia longa
12	Waxy Maize	amilopectina + amilose	1	carboidrato
13	Whey Protein	proteínas do soro do leite	11	proteínas globulares
		NÃO-ESPECIFICADO		
14	Termogênicos	cafeína/sinefrina HLC/ioimbina (geralmente)	2	

Legenda: [a] – nomes comerciais não mencionados em entrevistas, mas referentes aos principais nomes comerciais disponíveis no mercado; [b] – substância sempre referida pelo nome genérico.