

“OTIMIZAR O DESEMPENHO MUSCULAR E ESTÉTICO”: INTERSEÇÕES DE DIAGNÓSTICOS, SINTOMAS E DESEJOS NO USO DA TESTOSTERONA COMO APRIMORAMENTO¹

Lucas Tramontano*

RESUMO

Este artigo visa refletir sobre o uso masculino de testosterona na interface entre terapêutico e estético. O objetivo é pensar como um vocabulário médico é acionado para justificar a escolha pelo uso de um hormônio sexual para aprimoramento do corpo e da sexualidade, através da comparação entre dois casos paradigmáticos na seleção de interlocutores para minha pesquisa de doutorado. Trata-se de homens em torno de 40 anos, homossexuais, soropositivos, de diferentes classes sociais, moradores do Rio de Janeiro, que relatam queixas parecidas, optando pelo uso de testosterona (associada à musculação) como forma de reverter sintomas de envelhecimento e assegurar a modificação corporal desejada. A descrição de uma mesma sintomatologia característica é usada para garantir a anuência do médico ao desejo de anabolismo muscular, buscando um maior valor no mercado sexual. A idade permite aos médicos uma associação com o diagnóstico de Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM), prescrevendo a terapia de reposição hormonal, mesmo antes dos resultados laboratoriais. Tais casos lançam luz sobre a busca contemporânea pela maximização da performance corporal via medicamentos, e destaca uma associação utilitarista com diagnósticos dúbios como forma de driblar o estigma decorrente do uso recreativo/estético de certos medicamentos, no caso, a testosterona. Por fim, novas concepções de masculinidade e envelhecimento emergem a partir das potencialidades advindas do recurso ao aprimoramento farmacológico, trazendo outras perspectivas para o debate acerca do natural versus artificial, e da consequente (i)legitimidade das modificações corporais estéticas.

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

“Optimize muscular and aesthetic performance”: intersections of diagnoses, symptoms and desires in the use of testosterone as an enhancement

ABSTRACT

This article aims the male use of testosterone at the interface between therapeutic and aesthetic. The goal is to think about how a medical vocabulary is triggered to justify the choice for using a sex hormone for body and sexual enhancement by comparing two paradigmatic cases in the selection of interlocutors for my doctoral research. Those are men around the age of 40, homosexuals, seropositive, from different social classes, residents of Rio de Janeiro, who report similar complaints, opting for the use of testosterone (associated with bodybuilding) as a way of reversing symptoms of ageing and ensuring the desired body modification. The description of the same characteristic symptomatology is used to guarantee the consent of the doctor to the desire of muscular anabolism seeking a higher value in the sexual market. Their age allows physicians to associate their condition with the diagnosis of Androgenic Deficiency in the Male Aging (ADAM), prescribing

* CLAM-IMS-UERJ
lucas.tramontano@gmail.com

¹ Uma versão preliminar desse artigo foi apresentada como comunicação oral na 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 03 e 06 de agosto de 2016, em João Pessoa/PB. Essa versão inclui as contribuições de colegas na RBA e do/a revisor/a do artigo, aos quais agradeço pelas valiosas sugestões.

the hormone replacement therapy even before the laboratory results. These cases shed light on the contemporary search for maximization of body performance via drugs, and highlights an utilitarian association with dubious diagnoses as a way to avoid the stigma arising from the recreational/aesthetic use of certain drugs, in this case, testosterone. Finally, new conceptions of masculinity and ageing emerge from the potentialities arising from the use of pharmacological enhancement, bringing other perspectives to the debate about the natural versus artificial, and the consequent (i)legitimacy of aesthetic body modifications.

Keywords: Testosterone. Masculinities. Ageing. Andropause. Enhancement.

“Optimizar el rendimiento muscular y estético”: intersecciones de diagnósticos, síntomas y deseos en el uso de la testosterona como mejoramiento

RESUMEN

Este artículo reflexiona sobre el uso masculino de testosterona en la interfaz entre terapéutico y estético. El objetivo es pensar como un vocabulario médico es accionado para justificar el uso de una hormona sexual para mejoramiento del cuerpo y de la sexualidad, a través de la comparación entre dos casos paradigmáticos en la selección de interlocutores para mi investigación doctoral. Se trata de hombres en torno a 40 años, homosexuales, seropositivos, de diferentes clases sociales, habitantes de Río de Janeiro, que relatan quejas parecidas, optando por el uso de testosterona (asociada a la musculación) como forma de revertir síntomas de envejecimiento y garantizar la modificación corporal deseada. La descripción de una misma sintomatología característica es utilizada para garantizar la anuencia del médico al deseo de anabolismo muscular buscando un mayor valor en el mercado sexual. La edad permite a los médicos una asociación con el diagnóstico de Deficiencia Androgénica del Envejecimiento Masculino (DAEM), prescribiendo la terapia de reemplazo hormonal, incluso antes de los resultados de laboratorio. Tales casos arrojan luz sobre la búsqueda contemporánea por la maximización de la performance corporal vía medicamentos, y destaca una asociación utilitarista con diagnósticos dudosos como forma de driblar el estigma resultante del uso recreativo/estético de ciertos medicamentos, en el caso, la testosterona. Por último, nuevas concepciones de masculinidad y envejecimiento emergen a partir de las potencialidades provenientes del recurso al mejoramiento farmacológico, trayendo otras perspectivas para el debate acerca del natural versus artificial y de la consecuente (i)legitimidad de las modificaciones corporales estéticas.

Palabras-clave: Testosterona. Masculinidades. Envejecimiento. Andropausa. Mejoramiento.

Introdução

Este artigo parte de um recorte do material de campo produzido para minha pesquisa de doutorado em Saúde Coletiva, que envolveu relatos de histórias de vida de homens usuários de testosterona². Trata-se de um comparativo entre dois casos do início da pesquisa de campo,

e as inter-relações entre alguns marcadores sociais da diferença privilegiados na escolha pela modificação corporal via testosterona em homens de “meia-idade”³. Começo descrevendo o caso de Jonathan⁴, 44 anos, homossexual, soropositivo, das camadas populares do Rio de Janeiro. No momento em que o abordei acerca de possível participação na pesquisa,

2 A tese, intitulada “Testosterona: as múltiplas faces de uma molécula”, foi defendida em maio de 2017, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ). Ver Tramontano, 2017.

3 A noção de meia-idade era bastante difusa no campo, abrangendo um extenso intervalo cronológico que ia dos 35 aos 50 anos de idade, muito em função da idade do próprio interlocutor. Em linhas gerais, a meia-idade é compreendida como uma etapa de transição no ciclo de vida, entre a vida adulta e a velhice, e compartilha algumas características com a adolescência. Essa discussão foi mais presente em minha pesquisa de mestrado, gerando um artigo específico sobre essa definição. Ver Tramontano, 2014.

4 Os nomes aqui mencionados são fictícios para preservar o anonimato dos interlocutores.

ele se queixava de incômodas transformações corporais, que associava à recente mudança na terapia antirretroviral (TARV). Os efeitos que o incomodavam eram um acúmulo de gordura na região abdominal e lombar, e episódios frequentes de disfunção erétil. Baseado em conversas com amigos e pesquisas na internet, Jonathan opta pelo uso de testosterona como anabolizante muscular, confiando que ambos os problemas seriam resolvidos com a utilização do hormônio.

Contudo, preocupado com as notícias frequentemente divulgadas na mídia de casos de morte ou grave adoecimento causado por anabolizantes, decide não fazer uso da substância por conta própria, mas buscar acompanhamento médico. Apresenta então essas questões à infectologista que o acompanha no tratamento do HIV, e essa o encaminha prontamente a uma endocrinologista. Jonathan me mostrou por conta própria esse encaminhamento, no qual a médica indica ela própria a “terapia de reposição hormonal com testosterona para otimizar o desempenho muscular e estético”. Na consulta com a endocrinologista, Jonathan apresenta as queixas acima citadas, além de um *“cansaço, um desânimo”*, que assume para mim ser uma estratégia para garantir a prescrição do hormônio, uma vez que tal tática seria utilizada comumente entre homens que buscam acompanhamento médico visando o mesmo objetivo. De fato, ouvi relatos muito próximos de diferentes homens durante a pesquisa de campo, e Jonathan segue um caminho frequente após a decisão pelo uso de testosterona como forma de modificação corporal (TRAMONTANO, 2017).

A tática funciona, e ele sai da consulta com

um pedido de exame laboratorial de medição dos índices de testosterona, mas já com a prescrição do hormônio e uma associação com o diagnóstico de Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM), mesmo antes do resultado laboratorial⁵. Chama atenção a facilidade com que a prescrição do hormônio é feita, além de um certo utilitarismo de um diagnóstico complexo e pouco consensual entre a comunidade médica⁶. Jonathan nunca chegou a tomar testosterona. Comprou o hormônio na farmácia, com a receita prescrita pela 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. Com isso, a possibilidade de acompanhar em tempo real a utilização da testosterona nunca se concretizou.

Seguindo na busca por usuários de testosterona⁷, encontro Eduardo, que já havia tomado o hormônio em mais de uma ocasião ao longo da vida, e agora retomava o uso. O perfil de Eduardo é oportunamente parecido com o de Jonathan: 42 anos, homossexual, soropositivo, relata uma intensa queda de libido⁸, associada à disfunção erétil, e uma sensação de cansaço generalizado e desânimo. Além disso, havia um incômodo com uma redução no tônus muscular⁹, que diminuía os resultados obtidos com a prática da musculação – posta de outra forma, num vocabulário médico, tratava-se da mesma queixa que Jonathan apresenta em relação à “barriga”. A principal diferença entre os dois casos, porém, reside no fato de Eduardo ser um homem das camadas médias-altas do Rio de Janeiro; psicólogo clínico, mestre e planejando seu doutorado, morando num confortável

5 Vale ressaltar que a definição do diagnóstico de DAEM indica que o mesmo só pode ser “fechado” a partir da conjunção do relato de queixas pelo paciente com os resultados laboratoriais indicando deficiência de testosterona, o que frequentemente (como no caso citado) não acontece na clínica. Ver Tramontano, 2012.

6 A reposição hormonal masculina com testosterona foi aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), seguindo as agências reguladoras internacionais (em especial, a estadunidense *Food and Drug Administration*, FDA), como a principal indicação para tratamento da DAEM. Ver Tramontano e Russo, 2015 e Rohden, 2011.

7 Jonathan e Eduardo foram os primeiros usuários de testosterona com quem tive contato, no início do trabalho de campo. Nesse primeiro momento, contatei pessoas do meu círculo de relações para, num esquema em bola de neve, chegar a outros usuários. Essa via não foi tão profícua quanto imaginava, e recorri a outras estratégias para acessar os interlocutores da pesquisa. A discussão sobre os caminhos metodológicos da pesquisa escapa aos objetivos desse artigo, mas pode ser vista detalhadamente em Tramontano, 2017.

8 Libido é entendida como um sinônimo de desejo sexual, esvaziando o sentido psicanalítico do termo. A mesma redução foi observada entre os médicos que entrevistei no mestrado (Tramontano, 2012), e foi consensual também entre os interlocutores do doutorado.

9 Ainda que eles exacerbem os sintomas no consultório médico para garantir a prescrição de testosterona, como discutido nesse artigo, é preciso deixar claro que esses sintomas são de fato sentidos, e geram grande incômodo para ambos os interlocutores.

apartamento na zona sul da cidade.

Se Eduardo é capaz de colocar seu discurso sobre corpo, gênero, sexualidade e envelhecimento numa perspectiva crítica, recheada de conceitos psicanalíticos e contrapontos a partir da literatura feminista, contrastando com a utilização acrítica de conceitos médicos da fala de Jonathan, o interessante nessa comparação é o quão próximas são as queixas. Eduardo termina sendo o primeiro entrevistado da pesquisa. Porém, por mais reflexivo e autocrítico que seja o relato de Eduardo, esse também se organiza a partir de um profundo incômodo, e uma recusa explícita, com certos marcadores corporais do envelhecimento masculino.

Há, por exemplo, a mesma preocupação com um lugar no mercado sexual. Jonathan, solteiro, Eduardo, numa relação estável não-monogâmica, mas ambos incomodados com a redução no número de potenciais parceiros sexuais, seja em aplicativos de encontros ou em bares e boates gays. Ao admitir isso, ambos rapidamente acrescentam que o problema não seria “*os outros, mas eu mesmo*”: a forma como se vê no espelho e a insatisfação com a silhueta refletida. Para os dois, há um sentimento de recusa e não aceitação daquela imagem e do próprio processo de envelhecimento, que também viria a ser repetido por outros interlocutores na mesma faixa etária ou mais velhos. Independente da idade, um incômodo com a própria forma corporal, sempre crescido do adendo que esse seria um problema mais para si do que para os outros, é descrito pelos homens com quem conversei como o principal motivo para a busca pela testosterona. Nas palavras de Eduardo:

[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, 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 [...] 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.

Assim, um incômodo com a forma corporal

levaria a uma baixa autoestima, que dificultaria ainda mais a apresentação como um homem sexualmente interessante. Associado a isso, uma vontade anormalmente baixa de fazer sexo e a frustração com repetidos casos de perda de ereção explicitaria um quadro de decaimento físico inaceitável para eles. A rarefação de pelos – corporais e/ou uma calvície que se anuncia – é descrita com verdadeiro asco. O desânimo e o cansaço completam a percepção, assumida com surpresa e vergonha, de “*eu estou velho*”.

A velhice é entendida como um problema para qualquer homem, mas que seria ainda mais grave entre homossexuais, que enalteceriam excessivamente atributos joviais, ainda mais que “no meio hetero”. Os gays comporiam um “meio” no qual sinais de velhice seriam profundamente desvalorizados. Meus interlocutores gays foram unânimes ao argumentar que o “meio gay” seria mais exigente com a forma corporal em qualquer idade, ainda que o próprio Eduardo argumente que, recentemente, tem havido uma expansão dessa preocupação também para o “meio hetero”. Quando questionados sobre a pluralidade de espaços gays, entre os quais haveria um local privilegiado para homens mais velhos, tal possibilidade foi veementemente rechaçada. Pode até ser que esse espaço exista, mas eles não querem, definitivamente, ocupá-lo; soa como um prêmio de consolação, e algumas pessoas devem até ser felizes nessa situação, mas não eles. Eles têm um corpo que não condiz com a visão que têm de si mesmos.

Nessa perspectiva, a testosterona surge como um tônico de juventude, que irá devolver a eles uma performance e uma forma corporais perdidas num tempo nebuloso, que ora é um passado assustadoramente recente, ora já se arrasta há alguns anos. Para Jonathan, o hormônio conserva esse lugar de salvação, uma vez que seus efeitos são imaginados, previstos a partir de discursos soltos de colegas ou lidos pela internet, e é nesse ponto em que as histórias de vida divergem. Eduardo faz um relato dos 3 momentos em que usa testosterona, num crescente acompanhamento médico, que marcam mudanças entre etapas do ciclo de vida. Abordarei essas passagens mais ao final do artigo, mas ressalto que o olhar comparativo para essas duas experiências coloca em perspectiva a importância, maior ou menor,

de alguns marcadores sociais da diferença, a saber, gênero, sexualidade, geração e classe social, na experiência somática de tais indivíduos e no recurso ao medicamento como forma de modular o corpo.

A teoria hormonal e a imagem do homem

Antes de seguir a análise dos relatos de Jonathan e Eduardo, é necessário refletir sobre o papel dos hormônios ditos sexuais, em especial a testosterona, na concepção vigente do corpo na medicina e na sustentação do binarismo de gênero. Segundo David LeBreton (2011), é em torno do século 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, 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 LeBreton, 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.

Até cerca do século XVII, a diferença sexual era pensada no que o autor chama de “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, a marca da perfeição metafísica: 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. Assim, ela estaria numa posição necessariamente subordinada ao homem, o ápice da perfeição. A ascensão da burguesia e do valor de igualdade leva a uma necessidade de restabelecimento do lugar da mulher na nova ordem social, e, para tanto, foi útil construir uma ancoragem biológica para a hierarquia sexual. É nessa perspectiva que surge o que Laqueur chama de “modelo de dois sexos”, no qual descreve-se pioneiramente dois corpos diferentes, um masculino e outro feminino, reorganizando a hierarquização no modelo binário que perdura até hoje. Nesse processo, a diferença sexual se estabelece no (e é explicitada pelo) corpo, sendo, portanto, natural e imutável. Assim, os 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 corpos¹⁰.

Mas o que justificava anatomicamente esse modelo de dois sexos? Exatamente onde no(s) corpo(s) estaria o fator de diferenciação? Essa pergunta é respondida de diversas formas, de acordo com os caminhos que o pensamento científico vai tomando a partir do século XVIII, mas tende a se estabilizar em torno da ideia de uma diferença hormonal¹¹. Assim, convencionou-se chamar os mensageiros químicos que se originam

10 A mudança não se dá apenas através de uma transformação cartesiana (e secular) na descrição anatômica dos corpos. Laqueur afirma que o modelo de dois sexos está associado à necessidade de repensar o lugar social da mulher numa perspectiva de igualdade advinda das revoluções burguesas. Ou seja, o escrutínio do corpo se dava em suas diversas instâncias, tanto pelo pensamento médico-científico como na política social.

11 O primeiro uso do termo “hormônio” foi em 1905, por Ernest H. Starling, professor de fisiologia na University College de Londres, seguindo uma mudança de paradigma na fisiologia, onde a regulação nervosa, explicação quase universal até então, é substituída pela ideia de regulação química, acompanhando o desenvolvimento da Química Orgânica. Ver David Healy, 1997 e Nelly Oudshoorn, 1994.

nas gônadas (testículos e ovários) de hormônios sexuais, masculinos quando secretados pelos testículos, e femininos para aqueles secretados pelo córtex ovariano.

Contudo, toda a teoria pressupõe uma assimetria de gênero, e vale destacar o que Nelly Oudshoorn (1994) chama de uma “generificação” dos hormônios sexuais. Uma vez que a diferença entre homens e mulheres passa a ser explicada pelos efeitos desses hormônios, as próprias moléculas ganham características dos gêneros, ou seja, os papéis de gênero passam a ser creditados às substâncias químicas, e seus efeitos são descritos através dos atributos esperados de homens ou mulheres. Logo, os efeitos da testosterona são rápidos e incisivos, encenando a agressividade e praticidade atribuída aos homens, ao passo que o estrogênio age de forma mais discreta e menos visível, simulando a passividade e delicadeza femininas¹². No fim das contas, a teoria hormonal traz a ideia de que os hormônios sexuais são “simulacros” ou “essências” de gênero, de alguma forma contendo em si a mensagem que será inscrita no corpo, modelando-o num corpo masculino ou feminino. Essa modelagem daria conta não apenas da questão anatômica, mas também dos comportamentos e até dos “gostos” de homens e mulheres.

É nessa perspectiva que se abrem as portas para uma percepção da testosterona como um “tônico” também de masculinidade. Ao contrário da testosterona endógena, descrita como responsável por instaurar a masculinidade em corpos ainda assexuados, a testosterona suplementada (ou repostada) possibilitaria um aumento de certas características masculinas julgadas positivas e desejáveis. Mas quais seriam essas características? A resposta para essa pergunta depende de um questionamento anterior. Seria a masculinidade algo tão fixo a ponto de todos os homens a entenderem da mesma forma? Todos os homens dariam definições iguais do que importa para a masculinidade, e todos valorizariam as mesmas características? Seria possível, portanto, falar de um tipo ideal de homem, compartilhado por todos? Acredito que não, e 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 outros marcadores, 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 gênero sob esse prisma dialoga bastante com o trabalho de Raewyn Connell (2005). Para a autora australiana, não existe uma única masculinidade, mas múltiplas masculinidades, e é possível que o mesmo homem encarne diferentes atributos masculinos em diferentes contextos. Ela aciona o conceito de “masculinidade hegemônica” para argumentar que um homem pode adotar uma postura mais próxima do modelo hegemônico de masculinidade (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 segue essa abordagem, enfatizando como a “masculinidade hegemônica” irá se constituir simultânea e opostamente a formas questionáveis ou desvalorizadas de ser homem. Corroborando tais autores, Marcos Nascimento (2011, p.44) nos traz uma definição mais clara dos atributos que marcam essa concepção de masculinidade:

[...] 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”.

Ainda que o projeto hegemônico de

12 Foge ao escopo desse artigo, mas ouvi repetidamente em campo a ideia de que a testosterona seria “mais forte” do que o estrogênio na adequação dos corpos de pessoas transexuais, conforme também observado por Mario Carvalho (2015, p. 166).

masculinidade esteja constantemente em disputa¹³, 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. Não se pode perder de vista, contudo, que a maioria dos homens ganha vantagens com a subordinação global das mulheres, como ressalta Connell (2005, p.79). A amplitude inalcançável da masculinidade hegemônica é percebida mesmo por teóricos fora do campo de estudos de homens e masculinidades: “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 campo foi o que Connell (2005) caracterizou como um quarto padrão de masculinidade, as masculinidades “marginais”. Uma vez que os

atributos que caracterizam o ideal hegemônico mudam com o 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 autocontrole¹⁴, 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 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 nas interações, mas trazem à tona certa vulnerabilidade da rigidez dos papéis de gênero, e colaboram no argumento de múltiplas representações do homem hegemônico.

Assim, é possível afirmar, em diálogo com a literatura e conforme observado em campo,

13 É um lugar comum nos estudos sobre homens e masculinidades a ideia de uma “crise da masculinidade”, que fala, grosso modo, de uma “perda” de 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 diferentes posições acerca da crise da masculinidade, ver Nolasco (1995) e Oliveira (2004).

14 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).

que os homens têm concepções distintas do que significa ser homem, e de quais valores estão associados a essa categoria. A situação se complica, porém, ao pensarmos que esses homens, buscando certa construção do que entendem por masculinidade, irão se utilizar de uma mesma biotecnologia, a testosterona, e a biomedicina pressupõe corpos universais, a-históricos e atemporais. Resgatando a ideia do hormônio sexual como essência de gênero, então é possível afirmar que o “homem universal”, com todas suas possíveis características, estaria contido na testosterona? Então, extrapolando esse raciocínio, 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? E, considerando o lugar subordinado da masculinidade gay, como nossos personagens, Jonathan e Eduardo, se enquadram nessa busca pela masculinidade?

Medicalização e classe

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” foucaultiana, 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 seus processos. Essa 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”. A molecularização seria, então, “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” (ROSE, 2013, p. 19).

Ainda assim, os limites da normalidade orgânica serão estabelecidos pelas representações sociais sobre “saúde” e “doença”. Contudo, é possível pensar numa definição única e totalizante de “doença”? Para Luc Boltanski (2004), a percepção do que o autor chama de “sensações mórbidas” é fortemente marcada por uma diferença de classe social. Apoiado no conceito de *habitus* e capital cultural de Pierre Bourdieu (2007), Boltanski (2004) irá definir a “necessidade médica” como a “intensidade com que [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 a “competência médica” seria

a percepção e identificação das sensações mórbidas [...] que, assim sendo, exige uma aprendizagem específica ou difusa, implícita ou consciente, [...] em função do número e da variedade das categorias de percepção do corpo ou seja, da riqueza e precisão de seu vocabulário da sensação, e de sua aptidão, socialmente condicionada, a manipular e memorizar as taxinomias mórbidas e sintomáticas (BOLTANSKI, 2004, p. 121).

Pensados em perspectiva, tais conceitos formariam uma “cultura somática” compartilhada por indivíduos de cada classe social, cujo grau de “reflexividade” daria conta da capacidade de observar o próprio corpo e expressar sensações corporais numa linguagem específica. Porém, como argumentam Daniela Ropa e Luís Fernando Dias Duarte (1985, p.186-7), essa formulação tem o risco de operar

uma redução do sentido da pessoa nas classes trabalhadoras [...] parece que não se trataria tanto de perceber “graus de reflexividade”, mas, sim, diferentes tipos. Em outras palavras, os discursos sobre pessoa e doença nas classes trabalhadoras não representariam uma versão empobrecida ou degradada dos modelos tradicionais, ou dos modelos modernos dominantes, mas espelhariam sistemas simbólicos diferentes, articulados e complexos. Supomos que essa “reflexividade” possa, portanto, se articular de diferentes maneiras

de acordo com a “racionalidade” própria de cada sistema simbólico.

Em outro texto, Duarte (1998) chama atenção para as diferentes categorias mobilizadas para se referir a sensações mórbidas (doença, sofrimento, perturbação, adoecimento), e destaca que o “uso de noções semanticamente mais abrangentes [...] ao referir-se à ‘doença’, tem efeito relativizador fundamental em face dos pesados reducionismos ‘fiscalistas’ que cercam essa representação entre nós, por força da instituição médica e de sua inarredável legitimidade” (DUARTE, 1998, p. 13). Para o antropólogo, é preciso admitir que muito do que hoje é considerado patológico, em outros contextos ou em outras sociedades, seria tratado como parte natural do curso da vida (certas características da velhice que eram “naturais” e se tornaram sintomas, como a queda de pelos, marcam bem essa passagem), e dois vetores estariam associados a essas “pequenas variações internas” em nossa sociedade para descrever o corpo que não funciona como deveria: um opõe saberes “leigos” aos “científicos”, e outro, “classes letradas” às “classes populares” (DUARTE, 1998).

Decerto que esses polos não são assim tão estanques, como o próprio Duarte (1998) observa. Numa sociedade na qual o vocabulário médico está cada vez mais difuso, diferenciar como cada classe social o acessa tem sido mais complicado do que a descrição de Boltanski (2004), mais ainda com a democratização do acesso à internet. Dialogando com Ludwik Fleck (2010) e Rose (2013), uma grande vitória da biomedicina contemporânea é a enorme capacidade de difusão exotérica de seus pressupostos e modelos explicativos, de seu estilo de pensamento. A molecularização da vida, amplamente divulgada pela mídia leiga, atravessa tanto classes como outros marcadores sociais, como geração ou regionalidade. Ainda que seja correto afirmar, como nas obras de Boltanski e Duarte, que a forma como as categorias e a taxonomia médicas serão acionadas diferem em cada classe, cada vez mais, concepções concorrentes de corpo e doença vão perdendo força frente ao avanço da biomedicina, e surge um discurso mais homogêneo, como

vemos nos casos de Jonathan e Eduardo. Diversos autores analisam esse processo à luz do conceito de “medicalização”¹⁵.

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. A definição mais utilizada de medicalização é a de 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 (frequentemente farmacológica). A medicalização seria, portanto, um processo que transforma “problemas da vida”, não médicos, em doenças passíveis de tratamento. Porém, não devemos pensar como se as pessoas estivessem sendo passivamente medicalizadas. Pelo contrário, há uma busca por respostas médicas à angústia causada pelas sensações incômodas que muitas vezes favorece e dá suporte aos diagnósticos, quando não os constrói ativamente. Voltamos então à questão do que pode ser considerado um funcionamento normal do corpo, do que é doença e de quais condições podem ser alteradas pela tecnologia médica. Se a medicalização ganha contornos epistêmicos, dada tamanha difusão de uma visão de mundo medicalizada, já não faz sentido tratá-la como algo necessariamente associado a um quadro patológico e visando restabelecer uma normalidade orgânica apenas. Apesar disso, a escolha pelo uso de um medicamento para explicitamente aprimorar uma capacidade orgânica permanece carecendo de legitimidade.

Diagnósticos, aperfeiçoamento e envelhecimento masculino

O que irá justificar a decisão pela testosterona como algo legítimo - afastando a acusação de frivolidade e os discursos fatalistas que envolvem o uso ilegal de anabolizantes - é a tutela médica

15 Para uma análise do surgimento do conceito de medicalização e suas principais críticas e reformulações, ver Zorzaneli et al (2014).

e, nos casos aqui em questão, o diagnóstico de DAEM. Para Boltanski (2004), os médicos se veem constantemente frente a um dilema, no qual, para a manutenção de sua posição de prestígio na sociedade, é necessário aumentar a necessidade médica da população o suficiente para que busquem o acompanhamento médico; mas, simultaneamente, é preciso manter a competência médica abaixo de um limite no qual a figura do médico tornar-se-ia obsoleta. As histórias de Jonathan e Eduardo parecem estar dentro desse limite ótimo buscado pela profissão médica: ambos têm um objetivo bem claro ao recorrer à testosterona, ambos afirmam ter consciência dos riscos (e da própria capacidade de geri-los), porém, recusam iniciar o uso sem uma consulta (e anuência) médica prévia. Mais importante, ambos recorrem à “andropausa” como forma de atenuar possíveis críticas à decisão pelo anabolizante.

Nesse sentido, o caso de Eduardo é um pouco mais complexo, passando por três momentos bem demarcados. Na primeira vez, aos 29 anos, ele opta por um uso por conta própria, a partir do contato com amigos, alheio a qualquer acompanhamento médico.

Na verdade, eu tinha 29 anos [...]. 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 nos relatos 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. Os efeitos também são minimizados, apresentados como agindo mais no campo do comportamento do que propriamente para a modificação corporal. Depois desse primeiro encontro,

passam-se alguns anos até que Eduardo resolva novamente procurar o hormônio. Desta vez, julga ser necessário algum acompanhamento médico, que faz informalmente com um amigo psiquiatra.

Em 2004, aí sim eu fui pra algo [...] entre aspas, mais agressivo, mas com acompanhamento médico [...] 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... encorpando um pouco mais...porque era muito franzino, etc. e tal...onde acabei [...] 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 detalhes mais abaixo), os efeitos corporais são apresentados como muito mais relevantes do que no primeiro encontro. É dessa vez que Eduardo irá realizar alguns exames laboratoriais, ausentes no primeiro uso, e que irão constituir uma preocupação constante a partir daqui. Eduardo associa um uso que qualifica como mais responsável à entrada nos 30 anos. O primeiro uso era, de certa forma, infantil e inconsequente, ao passo que a retomada refletiria uma relação mais madura com a vida que se reflete nos cuidados com o corpo.

O Nebido (undecanoato de testosterona, comercializado pela Bayer) passou a ser a testosterona utilizada por Eduardo no seu terceiro uso, em 2013, aos 41 anos: “*eu voltei a usar agora faz três anos, mas...mais por uma questão de saúde. De reposição hormonal*”. Como fica claro por esse trecho, esse uso é bem mais medicalizado¹⁶, 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.

16 Conrad (2007) fala em “graus” de medicalização crescentes na medida em que uma condição não apenas é pensada em termos médicos, mas é também plenamente associada a um diagnóstico e a um tratamento farmacológico específicos.

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? [...] 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. 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. 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 Eduardo, sempre irá surgir algo de disfuncional, de (pré) 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. Esse terceiro momento, portanto, reaproxima os dois homens aqui analisados: ambos vão a uma endocrinologista e saem com a prescrição da testosterona e um diagnóstico de DAEM. Mas afinal o que é exatamente DAEM?

De maneira concisa, podemos descrevê-la como a reformulação de uma antiga condição, nem sempre explicada em termos médicos, que seria a “andropausa”. Considerada por muito tempo um “mito” mais do que uma “verdade científica”, 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 (TRAMONTANO, RUSSO, 2015, p. 179).

Houve durante muito tempo uma resistência da comunidade científica em tratar seriamente a andropausa, situação que só mudaria nos anos 1960, quando a atividade sexual depois do

período reprodutivo tornou-se mais aceitável (MARSHALL, 2007; ROHDEN, 2011). Porém, a andropausa só ganhou força, de fato, nos anos 1990, com as pesquisas sobre disfunção erétil e o foco da medicina sexual no corpo masculino (RUSSO et al, 2009). Segundo a revisão do endocrinologista Antonio Bonaccorsi (2001, p.124), foi apenas em 1994, num congresso da Sociedade Austríaca de Andrologia, que se admitiu a existência da andropausa, 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 reivindicada, não havendo uma escolha inequívoca. Mas o termo que se tornou relativamente consensual foi Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino, DAEM. 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. Tanto Eduardo quanto Jonathan, por exemplo, falam andropausa.

O rechaço ao termo “andropausa” vem no sentido de diferenciar a DAEM da menopausa feminina. Nas mulheres haveria, de fato, uma pausa na produção hormonal dos ovários, ao passo que os testículos nunca cessam sua produção, apenas a diminuem gradualmente ao longo dos anos. Além disso, andropausa traz a ideia de esta corresponder a um processo “natural”, pelo qual todos os homens passariam, como acontece com a menopausa. Em contrapartida, a DAEM é considerada uma deficiência ou distúrbio, ou seja, enquadrada como uma patologia (TRAMONTANO; RUSSO, 2015, p. 181).

Apesar das controvérsias, a definição de DAEM é uma patologia 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 (cerca de 12% a cada década), causando uma série de sintomas, como “diminuição da força e da massa muscular; diminuição da resistência

física (fadiga); aumento da gordura visceral; comprometimento da memória e funções cognitivas, depressão e irritabilidade; diminuição da libido; diminuição do número de ereções noturnas/matinhas; disfunção erétil”, de acordo com o site da SBU¹⁷. Segundo essa definição, e confirmada pelos médicos de Jonathan e Eduardo, a diminuição da taxa de testosterona é considerada um processo “natural” do envelhecimento, mas pode ocorrer precoce e mais intensamente em alguns homens (cerca de 20% dos homens após os 40 anos), que recebem o diagnóstico de DAEM e para os quais é prescrito um tratamento de reposição hormonal de testosterona¹⁸.

Eduardo, como já vimos, marca a diferença em relação ao uso atual e os anteriores justamente no diagnóstico e seu tratamento; antes, ele tomava anabolizantes, agora, faz “reposição”. Inclusive, curiosamente, Eduardo resolve visitar a endocrinologista, já buscando o diagnóstico, depois de descrever seu cansaço e sua baixa produtividade para uma amiga mais velha, que comenta que tinha os mesmos sintomas quando entrou na menopausa, e indicou a reposição hormonal como forma de atenuá-los. Assim, para Eduardo, andropausa é a menopausa masculina, e os sintomas são similares. Jonathan, ao me explicar seu diagnóstico, também não escapa da comparação com a menopausa. É interessante notar como uma associação tão rechaçada no discurso médico oficial se mantém forte no discurso popular.

Outro ponto merece destaque na comparação dos casos. Ambos são soropositivos em tratamento, o que me fez questioná-los sobre tomar mais um medicamento crônico. Para Jonathan, tanto faz, “*um remédio a mais, um a menos...*”. Já Eduardo fez todo um discurso de evitar uma “*medicamentização excessiva*”, afirmando evitar mesmo remédios para gripe ou dor de cabeça. A testosterona, porém, ocuparia um outro lugar, ao lado da TARV: a reposição hormonal é um tratamento “*necessário*”, que não pode ser evitado.

Pensando de um modo geral, as tecnologias, elas estão aí, eu tô falando de antidepressivos, posso estar falando do coquetel pra HIV, tô falando de vários medicamentos. Pra mim, as tecnologias, elas estão aí para serem usadas quando necessárias. Isso não quer dizer que eu sou hipocondríaco, não, eu evito ao máximo possível, mas, quando é necessário, eu acho que tem que tomar, porque é uma ferramenta que nós dispomos, e, se for pra melhorar a vida, a qualidade de vida, né? Eu acho que, infelizmente, perde quem não tá usando. Eu posso citar exatamente o exemplo da andropausa. Porque, senão, estaria há 5 anos quase depressivo, me arrastando pelos cantos! E essa Nebido agora, de reposição hormonal, me tirou totalmente desse enfoque e me deu uma vitalidade totalmente nova! Então, assim [...] se eu puder, até minha morte, não tomar...é...remédio de pressão, eu vou adorar! Eu tô fazendo tudo pra isso. Tudo! Porque assim, quando é possível evitar, melhor! Eu não tô fazendo comparativo com o uso da testosterona, porque, pra mim, a testosterona tá num outro lugar, ela teve um outro objetivo, aquele objetivo que te falei do empoderamento, mas não no sentido de dizer assim, “ah não, vou ter que tomar remédio mesmo algum dia, então não tem problema se começa agora”. Pra mim, isso cai numa banalização...

Dessa forma, outro ponto de potencial deslegitimação do uso é driblado: não é um excesso de medicamento, mas algo necessário. Tal conclusão só se torna possível havendo um diagnóstico. Assim, percebemos a eficácia discursiva das estratégias de *marketing* atuais da indústria farmacêutica, que associa um novo produto (medicamento) a um diagnóstico dúbio (ANGELL, 2009; TRAMONTANO, RUSSO, 2015). Porém, apesar de toda essa dependência do diagnóstico, a médica que encaminha Jonathan não vê nenhum problema em afirmar num documento que o objetivo da prescrição de testosterona é “otimizar o desempenho muscular e estético”, e não uma menção direta a DAEM. Em pesquisa anterior, identifiquei que crescia a demanda por reposição hormonal

17 Fonte: <<http://portaldaurologia.org.br/doencas/andropausa-deficiencia-androgenica-do-envelhecimento-masculino-daem/>>. Acesso em 15 de novembro de 2017.

18 Um interessante desdobramento seria a investigação de uma possível relação entre a deficiência de testosterona e o HIV, que não explorei em meu campo. Devo essa instigante percepção ao/à revisor/a do artigo.

entre homens mais jovens (em torno dos 40 anos) a partir de uma queixa de perda de tônus muscular (TRAMONTANO, 2012). Talvez, uma linha de análise interessante seja pensar nesse uso da testosterona como um uso *off-label* do medicamento¹⁹, o que levaria à conclusão de que um uso ilegal ou recreativo passa a ser também medicalizado, borrando ainda mais a combalida barreira entre terapia e aperfeiçoamento.

De toda forma, fica evidente uma associação entre vetores comumente utilizados nos estudos sobre uso de medicamentos, organizando o recurso farmacológico numa dicotomia entre natural/terapêutico/legal/legítimo *versus* artificial/aprimoramento/ilegal/ilegítimo, no qual o acompanhamento médico e o diagnóstico funcionam como base de sustentação e justificativa para o uso.

Considerações Finais

Desde o início deste artigo, venho tratando os dois casos aqui descritos como muito semelhantes. De fato, ambos compartilham a mesma faixa etária, a mesma orientação sexual, o mesmo gênero e até os mesmos diagnósticos (de HIV/AIDS e de DAEM). Mas divergem na classe e na raça/etnia (Jonathan se autoidentifica como pardo, e Eduardo, como branco). Por que seriam aqueles marcadores mais determinantes do que esses? O que os aproxima, ao meu ver, é a mesma escolha pelo hormônio como uma forma de contrapor os efeitos do envelhecimento. Poderíamos então dizer que o envelhecer para os homens é algo que atravessa diferenças possivelmente mais estruturantes, como raça e

classe?

A questão é que outros marcadores sociais têm maior relevância, e terminam se sobrepondo à classe e à raça/etnia²⁰. Para eles, é mais custoso envelhecer sendo gay. Entretanto, o senso comum, corroborado por um amplo corpo de trabalhos científicos, de diferentes campos, afirma que o padrão de beleza, e a exigência de manutenção do mesmo, levando ao recurso a várias formas de intervenção corporal, recai majoritariamente sobre as mulheres. O avanço de uma preocupação estética sobre os homens seria, nessa lógica, bem mais recente. Resgatando a conclusão de Claudia Ribeiro (2012) analisando a revista *Men's Health*, esse “novo homem” preocupado com questões estéticas, na verdade o faz mantendo o que a autora chama de “ancoragens” no que haveria de mais tradicional na masculinidade. Assim, a preocupação com o penteado (do cabelo e da barba) e os ditames da moda acerca de ternos e gravatas é justificada com o argumento de que esses fatores tornaram-se essenciais para obter e/ou manter um lugar de destaque no mercado de trabalho, uma preocupação claramente “masculina”. Ainda mais impactante, a decoração da casa se torna um fator de preocupação para os homens pois as mulheres não estariam mais dispostas a fazer sexo com homens nos chamados “abatedouros” masculinos, ocupados por um colchão no chão e uma geladeira cheia de cerveja.

Assim, uma preocupação compulsória com o envelhecimento estaria colocada para a sociedade como um todo, apesar de ser inevitavelmente atravessada pelo gênero. Mas por que haveria a percepção de que o envelhecimento masculino seria mais deletério entre gays? A resposta de que a homossexualidade é feminilizante,

19 Nas agências reguladoras, cada medicamento é registrado para uma indicação específica. Caso seja comprovada a eficácia numa nova indicação, é necessário dar entrada em novo processo de aprovação. Apesar disso, é permitido aos médicos a prescrição para usos não aprovados do medicamento, mas sabidamente com eficácia clínica. A esse uso chama-se *off label*. A princípio pensado no sentido de driblar a morosidade do processo de aprovação, que poderia ter consequências graves, principalmente em casos de doenças de alta morbi-mortalidade, tal prática é frequentemente denunciada como uma forma de favorecer a aprovação de novos medicamentos para indicações questionáveis, visando apenas o lucro da indústria farmacêutica, além de uma “colonização” da profissão médica.

20 Por uma escolha teórico-metodológica, evitei a menção direta de qualquer marcador social de diferença durante as entrevistas, permitindo que tais marcadores emergissem naturalmente no discurso dos interlocutores. Com isso, cumpria um dos objetivos específicos da pesquisa, que era, justamente, identificar quais marcadores sociais seriam espontaneamente mencionados no campo. Na tese, esses resultados foram contrastados com uma reflexão sobre o viés do pesquisador, que acabava favorecendo que uns, e não outros, marcadores sociais surgissem na entrevista. De toda forma, raça/etnia aparece no campo, mas em outro contexto e na fala de outros interlocutores que não Jonathan ou Eduardo, o que possibilitou uma expansão para os outros casos. Não haveria espaço para essa discussão nesse artigo, mas as breves considerações sobre raça/etnia que faço aqui se apoiam nesses dados. Para a discussão completa, ver Tramontano, 2017.

nesse caso, me parece uma conclusão rasa e um pouco anacrônica, se considerarmos essa nova masculinidade heterossexual. Além disso, contradiz uma possibilidade de expansão da masculinidade, agora tratada no plural, que me parece um dos maiores ganhos da militância feminista e LGBT. Por outro lado, voltando aos atributos de Mosse, a virilidade é necessariamente jovem, e, num espaço homosocial, como entre gays, essa ganharia uma maior notoriedade. Estariam os homens gays, pela característica desviante no sentido de Howard Becker (2008), livres das ancoragens dos homens heterossexuais, podendo suprir livremente seus desejos de aperfeiçoamento estético? E isso seria de fato libertador, ou, ao contrário, faria dos gays mais reféns do padrão de beleza? O que garante autonomia e o que representa controle nesse caso? Tendo a desconfiar de qualquer resposta inequívoca a essas questões.

Outro ponto seria a performance sexual. Debert e Brigeiro (2012) falam de uma “erotização compulsória da velhice”, que transforma a atividade sexual em idades avançadas de uma imoralidade para uma obrigação social e de saúde – só é feliz e saudável quem mantém uma vida sexual ativa. Jonathan e Eduardo, que se consideram naquela nebulosa fase da vida conhecida como meia-idade, descrevem a “decadência sexual” como uma marca inaceitável da velhice. Com isso, estariam de acordo com o que talvez seja a principal característica dessa masculinidade hegemônica mais tradicional: a necessidade de uma disposição irrestrita para o sexo, explicitada pela ereção peniana. Por que não apenas tomar Viagra e resolver o problema? Porque o que os incomoda é a falta de vontade. E a acusação homofóbica de promiscuidade gay, teria alguma influência nessa reformulação de si? Os gays são descritos por esses homens, também gays, como excessivamente centrados no corpo e no sexo, o que seria fútil. Mas então não seria positivo relaxar um pouco, ficar um pouquinho mais gordo, abandonar a necessidade de se apresentar o tempo todo como uma máquina de sexo?

Ambos descreveram uma vida sexual ativa

antes do “declínio”, e marcada pela preferência por parceiros mais velhos ou de alguma forma “mais viris”, o que inevitavelmente esbarrava na velha dicotomia gay entre ativos e passivos. Um incômodo inicial se dá não pela redução de homens dispostos a fazer sexo com eles, mas sim no fato de só atrair “passivas”. O problema não seria o que de fato se faz na cama, mas numa mudança no flerte. Mais do que mudança, uma localização automática no papel de ativo, que seria, na visão deles, decorrente das marcas do envelhecimento. Assim, não “convencer” mais no papel do *twink*²¹ incomoda meus informantes tanto quanto as alterações corporais em si. Além disso, o novo papel desempenhado os obriga a uma ereção consistente, exigência que tende a desencadear problemas eréteis em todos os homens, independente de idade ou orientação sexual.

Contudo, se essas reflexões poderiam levar a uma realocação da baixa libido e da disfunção erétil como decorrentes de uma mudança esperada, ainda que indesejada, do personagem vivido nos jogos de sedução, ela será compreendida como um problema orgânico, para o qual não haverá outra forma de tratamento que não o medicamentoso. Nesse processo, o próprio envelhecimento será inevitavelmente patologizado, e uma preocupação assumidamente estética (ou sexual) se converte no sintoma de uma doença – que se cristaliza com o diagnóstico de DAEM e o tratamento de reposição hormonal. Confirmando essa percepção, a testosterona é descrita como revertendo de forma bastante eficaz esse quadro. Eduardo menciona várias vezes na entrevista uma mudança que qualifica como “*subjetiva*” no uso da testosterona, associada a questões de gênero e sexualidade.

[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?... mas trejeitos femininos, etc. e tal [...] mas, depois [da 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

21 *Twink* é um termo usado entre gays para se referir a homens muito jovens ou adultos com aparência jovial, associada a um corpo magro, sem pelos (“liso”) nem marcas de expressão, e imaginado como preferencialmente “passivo” no sexo.

mais...pró-ativa, mais ativa, e muito mais...dona de mim...é... muito mais pausada. Em todos os sentidos. [...] 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!

Essa “virilização empoderadora” influencia fortemente a relação com seu companheiro, notadamente por uma mudança nas práticas sexuais, que, se pôs seu casamento em xeque por algum tempo, trouxe descobertas e experimentações, que o levam a ressignificar esse novo lugar no sexo de forma mais positivada.

Meu sexo mudou totalmente! Ele tá inclusive mais hardcore agora. [...] Agora, digamos, nessa última etapa da minha vida, que tem uns 3 anos. Mas, em 2004, 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. [...] 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].

Com esses relatos, podemos perceber como uma mudança a princípio incômoda na imagem do homem gay mais velho passa a ser bem-vinda. Se a testosterona lhe devolveu o ânimo (físico e sexual), também lhe possibilitou adotar uma postura sexual percebida como mais viril, adequando-se às novas expectativas sexuais que a idade lhe impõe. Jonathan também argumentou que, uma vez tomando testosterona, ele poderia ter a ereção que se espera de um homem “ativo”, revertendo a vergonha de uma ereção falha com um homem mais jovem, que teria o potencial de explicitar que ele está, de fato, velho.

A partir da experiência comparada desses homens, é possível refletir como a idade, pensada

em interseção com o gênero e a orientação sexual, ocupa um lugar central na experiência somática de Jonathan e Eduardo. Inversamente, a raça/etnia parece não se relacionar às escolhas envolvidas no uso da testosterona, não sendo diretamente mencionada por nenhum dos dois²². Por fim, a diferença de classe social, explicitada pelo discurso mais cientificizado de Eduardo, denotando maior capital cultural, perde força quando, ainda que num vocabulário mais simples, Jonathan apresenta um relato bastante similar ao de Eduardo, o que aponta para a difusão do estilo de pensamento molecularizado da biomedicina contemporânea, principalmente a partir do acesso à internet.

Assim, concluo essas reflexões sobre a escolha desses homens pela testosterona como forma de modificação corporal com uma imagem bem comum na Química Orgânica: um tetraedro, a configuração mais estável do átomo de carbono. A testosterona, portanto, ocuparia um lugar central, relacionando de forma bastante estável a medicalização da sexualidade masculina, a vivência da homossexualidade, a manutenção de uma certa masculinidade e a invenção de novas perspectivas otimizadas de envelhecimento.

Referências

- ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2009.
- BECKER, Howard. *Outsiders: estudos da sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 2008.
- BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Graal, 2004.
- BONACCORSI, Antônio Carlos. *Andropausa: insuficiência parcial androgênica do homem idoso. Uma revisão*. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, v. 2, n. 45, 2001, p.45-

22 Essa percepção é apoiada por outros dados de campo, não apresentados nesse artigo, apesar da ausência direta nos discursos de Jonathan e Eduardo. Em toda a pesquisa, a raça/etnia foi apresentada a partir da autoidentificação dos participantes. Para uma discussão sobre a invisibilidade da raça/etnia nas escolhas pelo uso da testosterona, ver Tramontano, 2017.

- 57.
- BOURDIEU, Pierre. *O habitus e o espaço dos estilos de vida*. In: *A Distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2007.
- CARVALHO, M. F. L. “*Muito Prazer, Eu Existo!*”: visibilidade e reconhecimento no ativismo de pessoas trans no Brasil. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicinal Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- CONNEL, R. W. *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.
- DEBERT, Guita; BRIGEIRO, Mauro. “Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 27, n. 80, p.37-54, 2012.
- DUARTE, Luís F.D. Investigação Sociológica sobre Saúde, Doença e Perturbação: uma introdução. In: DUARTE, Luís F. D.; LEAL, Ondina F. (org). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 9-27.
- DUMIT, Joseph. *Drugs for life: how pharmaceutical companies define our health*. Durham and London: Duke University Press, 2012.
- DUMONT, Louis. Introdução. In: *Homo Hierarchicus: 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.
- FLECK, Ludwick. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2008.
- HEALY, David. *The antidepressant era*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.
- KIMMEL, Michael. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 4, nº 9, p. 103-117, out 1998.
- LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LeBRETON, David. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.
- MARSHALL, Barbara. “Climateric redux?: (re) medicalizing the male menopause”. *Men and masculinity*, n. 9, 2007, p.509-529.
- MOSSE, George L. *The image of man: the creation of modern masculinity*. Nova York: Oxford University Press, 1996.
- NASCIMENTO, Marcos Antônio 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 (Org.) *A desconstrução do masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.
- OLIVEIRA, Pedro Paulo de. *A construção social da masculinidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.
- OUDSHOORN, Nelly. *Beyond the natural body: an archeology of sex hormones*. Londres e New York: Routledge, 1994.
- RIBEIRO, Claudia. *Sexualidade, corpo e saúde masculinos: transformações e permanências nos discursos de homens e da revista Men's Health*. Abril de 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)

- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2011.

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.

ROPA, Daniela; DUARTE, Luís Fernando Dias. Considerações teóricas sobre a questão do “atendimento psicológico” às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, Sérvulo A. *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 178-201.

ROSE, Nikolas. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus, 2013.

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.

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.

_____. “O novo homem velho: sobre o uso de biotecnologias como qualidade de vida”. In: *Cabo dos Trabalhos*, v. 10, p. 1-18, 2014.

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

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.

VALE DE ALMEIDA, Miguel. *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de Século, 2000.

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, n.6, p.1859-1868, 2014.

