

BIOTECNOLOGIA E CONSTRUÇÃO DE SI

JANE A. RUSSO*

Resumo: Neste artigo discutimos a constituição da saúde como um imperativo moral e suas transformações. Analisamos as mutações do campo médico a partir do florescimento e da disseminação de biotecnologias (aí incluídos os medicamentos) para os mais diversos fins. A partir de autores como Nikolas Rose e Jeremy Green apontamos o modo como tal disseminação tem contribuído para borrar as fronteiras entre tratamento e aprimoramento/otimização de si através do corpo. Trazemos como exemplo um estudo de caso: o lançamento do medicamento Viagra para “disfunção erétil”. Discutimos como o diagnóstico “disfunção erétil”, que substitui a categoria “impotência”, tem várias vantagens sobre esta, a maior delas sendo a possibilidade de uma gradação da disfunção. Argumentamos que a definição bastante alargada de disfunção leva ao surgimento de um ideal de desempenho sem falhas, de tal modo que o deslizamento entre tratar uma disfunção e otimizar uma função torna tratamento e aprimoramento eventos indistinguíveis.

Palavras-chave: Saúde. Biotecnologia. Aprimoramento.

Biotechnology and the construction of the self

Abstract: In this article we discuss the constitution of health as a moral imperative and its transformations. We analyze the changes in the medical field generated by the flourishing and dissemination of biotechnologies (including drugs) for the most diverse purposes. Based on authors such as Nikolas Rose and Jeremy Green, we point out how such dissemination has contributed to blurring the boundaries between treatment and self-improvement/optimization through the body. We bring as an example a case study: the launch of the drug Viagra for “erectile dysfunction”. We discuss how the diagnosis “erectile dysfunction”, which replaces the “impotence” category, has several advantages over it, the biggest one being the possibility of a gradation of the dysfunction. We argue that the very broad definition of ED that results from this leads to the emergence of an ideal of a flawless performance, such that the slippage between treating a dysfunction and optimizing a function makes it impossible to distinguish between them.

Keywords: Health. Biotechnology. Enhancement.

* Professora Titular do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Editora-Chefe da *Physis – Revista de Saúde Coletiva* (IMS/UERJ). E-mail: jane.russo@gmail.com

INTRODUÇÃO

Alguns autores de língua inglesa apontam os anos 80 e 90 do século passado como um momento de transformação importante no campo da biomedicina. Tratou-se da perda de relevância do olhar clínico, monopólio do médico, com o surgimento da Medicina Baseada em Evidências¹ e de um conjunto de sofisticados equipamentos que se tornaram necessários para a realização de diagnósticos e tratamentos. Além disso, assistiu-se ao advento de tecnologias que não visam apenas curar doenças quando estas se manifestam, mas controlar os processos vitais do corpo e da mente, como tecnologias de otimização².

A saúde, no decorrer do século XX, em especial no período que se seguiu à Segunda Guerra Mundial, transformou-se em um imperativo moral. Basta lembrar a definição adotada pela OMS em 1948 que afirma ser a saúde um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade. Ou seja, no lugar de uma concepção negativa – que aponta para uma ausência –, uma visão positiva corroborada pela presença de bem-estar em suas várias acepções. Estando associada a um conceito tão vago como “bem-estar”, a saúde passou a ser um parâmetro a partir do qual é possível avaliar todos os aspectos da vida de um sujeito, transformando-se num modo de julgamento moral não apenas dos comportamentos e hábitos de indivíduos, mas também de coletividades e de políticas governamentais.

Essa ascensão da saúde como categoria normativa e como valor se articula com o processo de medicalização – o saber biomédico e os próprios profissionais médicos se constituindo nos “juízes” da boa norma de vida –, processo que vem se construindo desde o século XIX. Entretanto, a excessiva ampliação da noção de saúde, de modo a abarcar todos os aspectos da vida dos sujeitos, ao mesmo tempo que é uma espécie de motor da medicalização, associa-se também à luta contra a medicalização.

A noção de medicalização não é somente descritiva, mas se constitui enquanto crítica ao próprio processo que ela pretende descrever. Penso aqui não apenas em Foucault, mas numa literatura nas ciências sociais, surgida nos anos 70, que vai interpretar a medicalização como “imperialismo médico” e analisá-la como forma de controle de comportamentos desviantes³. A medicina – e tudo que a envolve – passa a ser vista como uma instituição de controle social, como representante do *status quo* capitalista, produtivista, em última instância do racionalismo tecnocrático. Tais acusações embasaram sobretudo as críticas, então acirradas, contra a psiquiatria manicomial hegemônica à época.

É preciso lembrar que esse é um momento, nos países do chamado primeiro mundo, em que diversos movimentos surgiram como crítica ao *status quo*, no bojo de um movimento mais geral da juventude – a chamada contracultura – que se colocava contra o “modo de vida burguês”, em especial no que diz respeito à moralidade vinculada aos comportamentos da vida privada. É um momento em que a própria concepção de política muda ligeiramente seu eixo para focalizar temas e questões que não eram enfocados pela crítica política mais tradicional, trazendo para a cena pública temas antes vistos como próprios da vida pessoal ou pelo menos externos às grandes questões políticas – refiro-me à gestão do corpo e da sexualidade, às relações de gênero, às relações amorosas e familiares. São temáticas que tendiam a ser absorvidas pelo escopo abrangente da saúde e da medicina. Libertar o corpo, por exemplo, é também libertá-lo do jugo médico. Este é, portanto, um momento em que floresce e se difunde um conjunto de terapias alternativas à medicina, com a busca de “medicinas tradicionais” de povos indígenas ou da “medicina oriental”, combinadas à procura de uma alimentação saudável também alternativa à cozinha tradicional e aos alimentos industrializados ou refinados. Importante lembrar que, paralelo à contracultura, surgem o movimento feminista (chamado de feminismo de segunda onda), o movimento negro (nos Estados Unidos impulsionado pelo movimento pelos direitos civis da população negra), o movimento homossexual (hoje LGBTQI+) e a antipsiquiatria à qual se acoplou o movimento antimanicomial. A medicina (e seus representantes) são assimilados aos colonizadores, ao homem branco e heterossexual, ao adulto, à família tradicional – em suma, ao *status quo* dominante que oprimia mulheres, crianças, homossexuais, loucos, índios, negros. A crítica à medicina, portanto, ocorre no bojo de uma condenação mais geral à hierarquia e à autoridade. Chamo atenção aqui para a interessante ligação entre a antipsiquiatria e o uso de drogas alucinógenas pela juventude que se abrigava sob o guarda-chuva da contracultura. A busca de uma percepção que transfigura e altera a percepção habitual acaba por aproximar o movimento

contracultural de um elogio da loucura que, caso se liberte das amarras do manicômio e dos remédios que a sedam (e, portanto, do poder do psiquiatra e, muitas vezes, da família), revelaria uma realidade mais colorida e interessante do que aquela vivida no cotidiano das pessoas em geral.

O foco no corpo e em sua “libertação” dos constrangimentos impostos por “autoridades” (de diversas ordens) é patente em vários desses movimentos – em especial naqueles ligados ao gênero e à sexualidade – aliado a uma relação de crítica à medicina, levando à busca de visões e terapias alternativas. É importante, porém, enfatizar que a busca da saúde – embora por meios não convencionais – permanece como horizonte moral⁴.

DESMEDICALIZAÇÃO E BIOMEDICALIZAÇÃO

Esse momento de crítica à medicina e de tentativa de “desmedicalização” de certas áreas da vida – como, por exemplo, a gravidez, o parto e o puerpério – vai conviver com a biomedicalização extrema que se assiste mais ou menos a partir dos últimos 25 anos do século passado, especialmente através do florescimento das biotecnologias.

Há, evidentemente, que se considerar importantes transformações políticas e econômicas que atingiram a Europa e os Estados Unidos nos anos 80 – com reflexo em países “satélites” latino-americanos, asiáticos e outros. Refiro-me aqui à crise do estado de bem-estar social da Europa Ocidental, crise do socialismo real na Europa do Leste, com o consequente fim da guerra fria e a reafirmação vitoriosa do neoliberalismo econômico. Mas penso que, do ponto de vista da ideologia ou visão de mundo, é possível enxergar alguma continuidade com o que veio antes, em especial (e paradoxalmente) com a crítica ao “poder médico” e a concomitante afirmação do corpo como núcleo do trabalho sobre si.

Como afirmamos no início desse artigo, vários autores apontam o fato de o surgimento e consequente desenvolvimento das tecnologias biomédicas de diagnóstico e tratamento terem reduzido consideravelmente o poder do médico. O olhar clínico perdeu força e autoridade. Ou seja, a crítica ao poder médico correspondeu à efetiva diminuição do poder do médico, mas, importante frisar, não implicou na diminuição do poder da medicina. Esta, ancorada na tecnologia biomédica, se transformou bastante, mas permaneceu como uma bússola segura na busca de alívio para nossos mal-estares. E mais do que isso: a medicina aliada à biotecnologia vai ultrapassar o mero tratamento de doenças, e vai trazer possibilidades cada vez mais atraentes (e contundentes) de transformação do “modo de ser biológico” das pessoas. Seguimos aqui Nikolas Rose, segundo o qual “Contemporary medical technologies do not seek merely to cure diseases once they have manifest themselves, but to control the vital processes of the body and mind.” (ROSE, 2007, p. 16). Voltaremos a esse ponto mais adiante.

Essa possibilidade de transformação biotecnológica de si complexifica bastante o quadro da medicalização, cujo centro era ocupado pela profissão médica⁵. Novos personagens entram em cena. De um lado as empresas de biotecnologia e a indústria farmacêutica são atores importantes. De outro lado, os grupos de pressão, formados seja por pacientes e seus familiares, seja por movimentos sociais, entrarão em cena⁶, paralelamente à intensa circulação de informação propiciada pelo acesso à internet que produz o paciente perito (*expert patient*). Rose faz referência a um terceiro tipo de personagem: o expert pastoral⁷. Trata-se de um conjunto de profissionais, oriundos de profissões novas ou renovadas, que compõem uma coleção de novas especialidades. Estas têm como finalidade orientar / aconselhar / instruir sujeitos que devem escolher o melhor para si mesmos (ou seus filhos ou seus familiares). Em oposição à relação hierárquica tradicional entre o médico e seu paciente, que concentrava o poder de decisão nas mãos do médico, trata-se de horizontalizar as decisões, dar ao paciente o poder de decisão e de barganha. E ao mesmo tempo, responsabilizá-lo pelas decisões tomadas.

Esses três personagens – os grupos de pacientes e seus familiares, o paciente-expert e os experts pastorais – são exemplos da decadência do poder médico e do consequente empoderamento do provável paciente. É importante, todavia, ressaltar dois pontos. Primeiramente, o fato de que tal empoderamento não diminui o poder da lógica e da racionalidade médicas. E, em segundo lugar, que o sujeito é empoderado até certo ponto. A orientação e o aconselhamento dos experts pastorais – cujo objetivo é levar pacientes e familiares a tomar decisões informadas – envolve uma relação dinâmica entre quem aconselha e quem é

aconselhado, em que novas linguagens são negociadas, a partir das quais o sujeito é direcionado a um certo modo de falar sobre si e sobre seu corpo, e a uma certa forma de organizar suas emoções. O resultado é o embaralhamento entre coerção e consentimento.

These new pastors of the soma espouse the ethical principles of informed consent, autonomy, voluntary action and choice and nondirectiveness. In an age of biological prudence, where individuals, especially women, are obliged to take responsibility for their own medical futures and those of their families and children, these ethical principles are translated into microtechnologies for the management of communication and information that are inescapably normative and directional. These blur the boundaries of coercion and consent. (ROSE, 2007, p. 29)

DESCONSTRUÇÃO DE FRONTEIRAS

Por um lado, então, temos o declínio do poder da profissão médica; por outro, a ênfase no corpo como locus privilegiado da transformação de si. Esse duplo fenômeno leva a um aprofundamento da desconstrução dos limites entre saúde e doença, o que, por sua vez, aponta para uma outra diluição, desta feita da fronteira entre tratamento e aprimoramento.

É verdade que a desconstrução das fronteiras entre saúde e doença não é uma novidade. Vimos como já na metade do século XX a definição de saúde se alargou de modo a encompassar diferentes níveis e formas de bem-estar. A virada biotecnológica do final do século traz uma espécie de desaparecimento da saúde como categoria positiva, com a doença (ou a sua possibilidade) parecendo tê-la englobado. Para compreender esse englobamento é necessário atentar para as noções articuladas de risco e responsabilização individual. Cito aqui as duas primeiras frases do livro de Joseph Dummit *Drugs for life*:

These two jokes are both funny, and their intersection points to *a new kind of health, one in which to be normal is to have symptoms and risk factors you should worry about*, and at the same time to not know whether you should be worrying about yet more things. In fact, to not worry about your health, to not know as much as you can about it, and to not act on that knowledge is to be irresponsible. (DUMMIT, 2012, p. 1, grifos meus).

A noção de risco surge a partir do controle de parâmetros fisiológicos da população através de estudos epidemiológicos visando justamente apontar os grupos ou populações que apresentam maior ou menor risco de desenvolver determinada condição ou doença⁸. O problema que se coloca para esse tipo de levantamento é o da fixação de parâmetros que definam quem já pode ser considerado “doente”, quem ainda não está doente (mas tem grandes chances de vir a ser) e quem tem algumas indicações de que um dia poderá desenvolver uma doença (o que ainda não dá para saber). Como fixar esses limiares? É uma questão extremamente delicada, que envolve a vida de milhares de pessoas (e também, é claro, investimentos e retorno financeiro incalculáveis). Os levantamentos epidemiológicos tanto vão ajudar a fixar os limiares quanto vão se basear em limiares previamente definidos em outras pesquisas para definir grupos ou populações de risco para determinadas doenças ou condições. A leitura individualizada do risco leva a uma responsabilização do indivíduo pela sua futura condição. O refinamento dos parâmetros ou sua modificação leva ao surgimento de um número expressivo de indivíduos “pré-doentes”, com algum risco de contrair uma doença, mas que são inteiramente assintomáticos. Indivíduos que antes classificaríamos como saudáveis. Na verdade, o risco, assim construído, passa a ser tratado como uma doença. Bons exemplos disso são a “hipertensão” ou a “síndrome metabólica”.

O estado de saúde é então perenemente ameaçado pela possibilidade oculta da doença: a saúde não é mais a ausência de doenças (porque elas podem estar lá sob a forma de um futuro ainda oculto) nem a presença de bem-estar, que não é suficiente para assegurar a ausência de sinais de

futuros problemas. Cito aqui Jeremy Geene sobre o tratamento farmacêutico de “doenças assintomáticas”:

For the multitudes who bear no symptoms, however, the popularization and widespread pharmaceutical treatment of asymptomatic diseases has irreversibly altered the nature of health and disease in contemporary American society in ways no one could have predicted at midcentury. (GREENE, 2007, p. 239).

Greene centra sua análise na articulação entre o lançamento de determinados medicamentos voltados para a prevenção de possíveis (futuras) doenças – como a estatina que, controlando os níveis de colesterol, teoricamente deve prevenir doenças cardíacas – e o surgimento de “doenças assintomáticas”, isto é, estados fisiológicos que podem indicar uma futura disfunção ou doença (como a pré-diabete). Tanto ele quanto Dummit apontam para um uso cada vez mais normalizado dos mais diferentes tipos de medicamentos, uma farmacologização da vida cotidiana. Trata-se não apenas de tratar condições patológicas, mas de otimizar a própria condição física e mental.

OS DESLIZAMENTOS ENTRE TRATAMENTO E APRIMORAMENTO

A busca de aprimoramento ou otimização de si não é uma novidade. É possível identificá-la desde o momento em que a saúde se torna uma categoria normativa, quando a busca de uma vida saudável – seja através do consumo de alimentos “naturais” e de exercícios físicos, seja através da evitação do stress, por exemplo – implicava uma melhora qualitativa da própria vida. Entretanto, o intenso desenvolvimento da biotecnologia trouxe possibilidades mais potentes de transformação do “modo de ser biológico” das pessoas⁹. O consumo de fármacos certamente é uma das formas mais acessíveis e usuais dessa transformação.

Segundo Marcia Angell, “De 1960 a 1980, as vendas de medicamentos vendidos sob prescrição médica eram bastante estacionárias como percentual do produto interno bruto dos EUA; mas entre 1980 e 2000, elas triplicaram.” (ANGELL, 2007, p. 19). Devido a esse salto sem precedentes, a partir do início da década de 1980 a indústria farmacêutica passou a estar entre as mais lucrativas do mundo.

No período destacado por Angell, a pesquisa acadêmica foi sendo paulatinamente cooptada pela lógica da produção industrial, passando não apenas a trabalhar junto com a indústria, mas a depender de seus financiamentos. Surge um fenômeno que alguns autores chamam de *disease mongering* (venda de doenças): o lançamento não apenas do remédio, mas também da doença a ser tratada¹⁰. Não se trata necessariamente apenas do surgimento de novos diagnósticos, mas também do rearranjo ou de uma reformulação de diagnósticos mais antigos.

É importante assinalar que, quando se fala em aprimoramento farmacológico, normalmente as pessoas se referem ao mau uso de fármacos que foram originalmente lançados para um diagnóstico específico, mas que acabam se transformando em drogas de estilo de vida. No entanto, acredito que a diferença entre uso terapêutico e uso otimizador não é tão clara assim, nem necessariamente aponta para o mau uso de medicamentos.

Em primeiro lugar, quando a indústria requer a aprovação de um remédio pelas agências de vigilância sanitária, a solicitação é justificada para uma doença específica, ou seja, a agência aprova o medicamento para determinada doença. Isso porque trabalha com a ideia de que um remédio deve tratar uma doença, deve ser terapêutico. Neste sentido, a indústria ainda depende do respaldo da medicina e do prestígio ligado a ela. Precisa realizar testes clínicos que sejam coordenados e controlados por instituições ou por pesquisadores reputados. Assim, a indústria trabalha cada vez mais em conjunto com médicos, que testam os medicamentos – em ensaios clínicos financiados e muitas vezes planejados pelos médicos contratados pela indústria –, fazem comunicações sobre esses ensaios clínicos em congressos e em revistas científicas, que são também, muitas vezes, financiados pela indústria. Os médicos que não são pesquisadores assistem aos congressos e recebem representantes da indústria em seu consultório ou nos hospitais em que trabalham, através dos quais têm notícia dos novos medicamentos. As amostras de medicamentos são quase sempre acompanhadas pelos artigos científicos publicados sobre eles¹¹. É normalmente através do médico que o medicamento chega ao paciente, ou pelo menos esta era a rota tradicional.

Mas a indústria tenta cada vez mais, e com cada vez mais sucesso, comunicar-se diretamente com o público leigo, o que se torna possível através da divulgação científica na grande mídia: jornais, revistas e televisão.

A questão é: como uma droga desliza do tratamento de uma doença para o consumo como “droga de estilo de vida”, ou seja, como se passa do tratamento para o aprimoramento? Por que é cada vez mais difícil manter essa distinção?

Vou trazer, como um estudo de caso, o lançamento de drogas para disfunção erétil, a mais conhecida sendo o Viagra, para discutir esse deslizamento.

Em primeiro lugar é preciso atentar para a nomenclatura (o nome da doença). A categoria impotência, com seu forte peso simbólico e a tendência a abarcar o sujeito como um todo, foi sendo abandonada em favor do termo “disfunção erétil”. Essa mudança vai trazer uma série de vantagens. A impotência não apenas tinha – e tem – um peso simbólico muito significativo, como também era tradicionalmente vista como parte do declínio natural do envelhecimento masculino.

A nova categoria vai então, inicialmente, se distanciar dessa concepção de fases naturais da vida¹². Para tanto é necessário uma releitura da velhice, que passa a ser vista como uma deficiência a ser sanada¹³. A aceitação, por parte do homem idoso, de um declínio físico geral e sexual em particular, deve ser substituída pela visão de uma deficiência que pode ser tratada.

A expressão “disfunção erétil” traz também a vantagem de remeter a uma definição precisa e circunscrita que se afasta do fantasma da impotência: *A incapacidade persistente de conseguir ou manter uma rigidez suficiente na ereção para ter uma relação sexual* (GIAMI, 2009). Referindo-se a um órgão e a uma função precisos, trata-se de uma definição objetivável, que não inclui qualquer consideração psicológica ou situacional. Presta-se, portanto, a uma leitura inteiramente orgânica (ou física) e, como consequência, ao tratamento também orgânico ou físico (no caso, um medicamento). Ao mesmo tempo é uma disfunção maleável do ponto de vista do diagnóstico, pois admite gradações: pode ser leve, discreta, mediana e grave. Neste sentido será percebida como menos grave do que a impotência, e passível de acometer qualquer um em qualquer momento de sua vida – e não apenas na velhice. Descortina, portanto, a possibilidade de um número expressivo de homens poderem ser incluídos – ou se incluir – no diagnóstico¹⁴.

É importante lembrar que a pesquisa *Massachusetts Male Aging Study*, conduzida por um grupo de urologistas de Boston entre 1987 e 1989, concluiu que 40% dos homens acima de 40 anos de sua amostra sofriam de algum grau de DE¹⁵. No Brasil a percentagem apontada nas pesquisas pode chegar a 50%. Nos sites dos laboratórios ou das sociedades de urologia é comum que o limite de idade seja deixado de lado, para uma afirmação generalizante do tipo “50% dos brasileiros sofrem de DE”, que acaba publicada na grande mídia. Ou seja, o próprio modo de construção do diagnóstico e da sua difusão pelos especialistas permitiu sua banalização: é possível para qualquer homem, em qualquer idade, sofrer de *algum grau de* disfunção erétil. Todo homem é potencialmente disfuncional.

Como, então, qualquer falha pode ser “diagnosticada” como DE, banaliza-se a idéia de que *é possível controlar a instabilidade e a imprevisibilidade do órgão sexual masculino*. Ou seja, é possível, como se exige do homem verdadeiramente viril, estar sempre pronto para uma performance sem falhas¹⁶. A performance sem falhas, que dificilmente existe para qualquer homem, tende, assim, a se tornar um ideal a ser perseguido. Assistimos, assim, à transformação dos ideais de performance e bem estar.

Está colocado o cenário para que o Viagra e drogas assemelhadas se tornem “drogas de estilo de vida”, mais voltadas para o aprimoramento (*enhancement*) das capacidades do sujeito (que deseja atingir o ideal construído pela droga), do que para a reparação de alguma disfunção ou mal-estar. Porque a performance sem falhas passa a ser o que é normativo, a falha (antes vista como possibilidade normal) passa a ser vista como disfuncional. Então todo homem é potencialmente disfuncional.

Vê-se aí claramente o deslizamento entre otimização e disfunção ou deficiência. O sujeito pode consumir a droga seja para atingir o ideal (aprimoramento de si) seja porque acredita ter uma disfunção ou deficiência (terapia)¹⁷.

Todo esse processo traz pelo menos dois desafios para os cientistas sociais. Em primeiro lugar, como fugir da pura denúncia da indústria de fármacos e dos fabricantes dos demais artefactos biotecnológicos, atentando primeiramente para a relação entre a indução da indústria e a demanda do consumidor de produtos biotecnológicos, e em seguida, para o modo como a biotecnologia contribui para transformações da subjetividade e da própria *personhood*. Em segundo lugar, como investigar essa virada biotecnológica, tanto no que ela tem de novidade, quanto como parte de um processo maior de busca do aprimoramento de si. É necessário não se deixar mesmerizar pelo triunfalismo da biotecnologia em expansão – que se vê como algo radicalmente novo e revolucionário – e, para além de analisá-la no que ela tem de específico, procurar compreendê-la como a atualização de uma força que nos impulsiona há tanto tempo, entendendo a busca de aprimoramento e otimização através da ciência e da tecnologia como um processo que move e encanta o Ocidente há alguns séculos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratorios farmacêuticos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007. 319 p.
- CASTIEL, L. D. et al. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.
- CLARKE, A.; MAMO, L.; FISHMAN, J.; SHIM, J.; FOSKET, J. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, v. 68, p.161-194, April, 2003.
- CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
- CONRAD, P. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, v. 18, 1992.
- CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. *Int. J. Health Serv.*, v. 10, n. 3, p. 365-88, 1980.
- DUMIT, J. *Drugs for life – how pharmaceutical companies define our health*. Durham e Londres: Duke University Press, 2012.
- FARO, Livi; CHAZAN, Lilian K.; ROHDEN, Fabíola; RUSSO, Jane. Homem com H: ideais de masculinidade (re)construídos no marketing farmacêutico. *Cadernos Pagu*, Campinas, 2013.
- FELDMAN, H.; GOLDSTEIN, I.; HATZICHRISTOU, D. “Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachussts Male Aging Study”. *The Journal of Urology*, v. 151, n. 1, p. 54-61, 1994.
- GIAMI, Alain. Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade. *Physis – revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 637-658, 2009.
- HEALY, David. The new medical oikumene. In: PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. (Org.). *Global Pharmaceuticals: ethics, markets, practices*. 2. ed. Londres: Duke University Press, 2007.
- KATZ, Stephen; MARSHALL, Barbara L. “Is the functional ‘normal’?” Aging, sexuality and the bio-marking of successful living. *History of the Human Sciences*, v. 17, n. 1, p. 53-75, 2004.
- MARSHALL, Barbara; KATZ, Stephen. Forever functional: sexual fitness and the ageing male body. *Body & Society*, v. 8, n. 4, p. 43-70, dezembro/2002.
- MARSHALL, Barbara. Climateric redux?: (re)medicalizing the male menopause. *Men and masculinity*, v. 9, n. 4, p. 509-529, abril/2007.
- MOYNIHAN, R.; CASSELS, A. *Selling Sickness: How the World's Biggest Pharmaceutical Companies are Turning us All into Patients*. Allen & Unwin e Nation Books, 2005.
- RABINOW, Paul. Artificialidade e iluminismo da sociobiologia à biossociabilidade. In: _____. *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- ROHDEN, Fabíola. “O homem é mesmo a sua testosterona”: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p.161-196, 2011.
- ROHDEN, Fabíola. Vida saudável versus vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 23, n. 47, p. 29-60, 2017.

- ROSE, Nikolas *The Politics of Life Itself* – Biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century. Princeton University Press, 2007.
- RUSSO, Jane. A terceira onda sexológica: medicina sexual e farmacologização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad* – Revista Latino-americana, n. 14, 2013.
- SZASZ T. *The medicalization of everyday life: selected essays*. Syracuse: Syracuse University Press, 2007.
- SZYMCZAC, Julia E.; CONRAD, Peter. Medicalizing the aging male body: andropause and baldness. In: ROSENFELD, D. & FAIRCLOTH, C.A. (Ed.). *Medicalized Masculinities*. Philadelphia: Temple University Press. 2006. 263p.
- THIAGO, Cristiane. *Hormônios, masculinidade e velhice: um estudo de sites de laboratórios farmacêuticos e associações médico-científicas*. 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*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- TRAMONTANO, Lucas. "Otimizar o desempenho muscular e estético": interseções de diagnósticos, sintomas e desejos no uso da testosterona como aprimoramento". *Teoria e Cultura*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, 2018.
- ZORZANELLI, R.; ORTEGA, F.; BEZERRA Jr., B. Um panorama sobre as variações [11] em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.

NOTAS EXPLICATIVAS

- ¹ A medicina baseada em evidências (MBE) difundiu-se como proposta crítica à medicina tradicional a partir do início dos anos 1990. A "intuição clínica" ou a experiência do médico baseada em observações clínicas devem ser abandonadas em nome de evidências fundamentadas cientificamente, coletadas através de amplas revisões sistemáticas e meta-análises.
- ² Ver sobre isso em Clark et al. (2003), Rose (2007) e Dummit (2012).
- ³ Ver Conrad (1992), Conrad e Schneider (1992) e Szasz (2007). Para uma discussão sobre os caminhos tomados pelo conceito de medicalização, ver Zorzanelli et al. (2014).
- ⁴ Sobre a saúde como imperativo moral, ver Crawford (1980).
- ⁵ Evidentemente, nem a indústria farmacêutica, nem as empresas de biotecnologia podem descartar inteiramente os profissionais da medicina, mas é claro que o chamado "poder médico" de que se falava nos anos 70 perdeu grande parte de sua aura.
- ⁶ Sobre isso, ver Rabinow (1995).
- ⁷ Rose (2007, p. 28-29).
- ⁸ Para uma discussão aprofundada desse tema, ver Castiel et al., 2010.
- ⁹ Para uma apresentação circunstanciada dos autores que discutem essa questão, ver Rohden (2017).
- ¹⁰ Ver o livro de Moynihan e Cassels, *Selling Sickness: How the World's Biggest Pharmaceutical Companies are Turning us All into Patients*.
- ¹¹ Segundo David Healy, a indústria muitas vezes é a verdadeira autora de artigos científicos assinados por pesquisadores e publicados em revistas científicas de renome (HEALY, 2007, p. 62-3 e 68-9).
- ¹² Além das drogas voltadas para a chamada disfunção erétil (DE), a terapia de reposição hormonal, que por mais de quatro décadas faz parte do mundo feminino, chega agora ao universo masculino, através do lançamento e difusão de diagnósticos como andropausa, deficiência androgênica do envelhecimento masculino (DAEM) ou hipogonadismo tardio, aprofundando a ideia do envelhecimento como deficiência a ser retificada (SZYMCZAC; CONRAD, 2006; ROHDEN, 2011; TRAMONTANO, 2012; THIAGO, 2012).
- ¹³ Sobre a redefinição da sexualidade masculina na velhice ver Marshall (2007), Marshall e Katz (2002) e Katz e Marshall (2004).
- ¹⁴ Discuto essa questão de forma mais aprofundada em Russo (2013).

¹⁵ Ver Feldman et al. (1994).

¹⁶ Para uma discussão do ideal de masculinidade presente nos folhetos de propaganda de medicamentos para DE ver Faro et al. (2013).

¹⁷ Tramontano (2018) discute esse deslizamento no caso do consumo de Testosterona entre homens.

Recebido em novembro de 2021

Aprovado em novembro de 2021