

Pontifícia Universidade Católica  
PUC-SP

Cibele A. Fabichak

**Sexualidade masculina, medicalização e virilidade:  
análise de discursos médicos e midiáticos na era pré e pós Viagra®  
no Brasil (1989-2018)**

Mestrado em História Social

São Paulo  
2020

Pontifícia Universidade Católica  
PUC-SP

Cibele A. Fabichak

**Sexualidade masculina, medicalização e virilidade:  
análise de discursos médicos e midiáticos na era pré e pós Viagra®  
no Brasil (1989-2018)**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em História Social, sob a orientação da Prof. Dra. Denise Bernuzzi de Sant'Anna.

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Tese de Mestrado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
Ficha Catalográfica com dados fornecidos pela autora

F118s	<p>Fabichak, Cibeles Aparecida. Sexualidade masculina, medicalização e virilidade: análise de recursos midiáticos na era pré e pós Viagra® no Brasil (1989-2018) / Cibeles Aparecida Fabichak – São Paulo, 2020. 247p. : il. ; 22 cm.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Denise Bernuzzi de Sant'Anna Dissertação (Mestrado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em História Social.</p> <p>1. Sexualidade masculina. 2. Medicalização. 3. Virilidade. 4. Urologia. 5. Indústria farmacêutica. 6. Viagra. I. Sant'Anna, Denise Bernuzzi de. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em História Social. III. Título.</p>
-------	--

Nome e no. do CRB do bibliotecário responsável

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Denise Bernuzzi de Sant'Anna (PUC-SP)

---

Profa. Dra. Mariza Romero (PUC-SP)

---

Prof. Dr. André Mota (USP)

---

***Para Arnaldo (In Memoriam), pai, amigo e irmão.  
A História sempre estará entre nós!***

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora, Denise Bernuzzi de Sant’Anna, pelas orientações objetivas, críticas construtivas e as diversas trocas de “ideias médico-históricas”, neste atual e surpreendente contexto pandêmico. Nossos diálogos ampliaram minha visão e pensamento para muito além dos objetos de minha tese.

À banca de qualificação constituída pela Profa. Dra. Mariza Romero e Prof. Dr. André Mota, cujas pertinentes observações, questionamentos e direcionamentos impulsionaram meu trabalho para um avanço rápido e inspirador.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em História Social da PUC-SP, em especial, ao Prof. Dr. Antônio Pedro Tota, Profa. Dra. Carla Reis Longhi, Profa. Dra. Estefânia Knotz Canguçu Fraga, e Profa. Dra. Vera Lucia Vieira pela dedicação, paciência e carinho comigo e com todos os alunos durante o trajeto da construção da pesquisa. Ademais, agradeço o rico aprendizado sobre os temas de outras dissertações, além do simpático convívio com os colegas mestrandos. Também, agradeço a William Fernando Moreira da Silva pelo prestativo atendimento às dúvidas sobre os “meandros burocráticos” da pós-graduação.

Um agradecimento especial para o Prof. Dr. Amilcar Torrão Filho: mais do que professor desde a graduação e até a pós-graduação, compartilhou, como amigo, ideias, sugestões e reflexões historiográficas muito relevantes.

Um carinho e agradecimento emocionados aos docentes e aos meus colegas do curso de Graduação (Licenciatura-noturno) em História (2018-2020). Todos e todas contribuíram para expandir - em cada aula, em cada conversa no Pátio da Cruz ou nos corredores do velho prédio da PUC-SP - a minha grande aspiração em “mergulhar de cabeça” na História. Agradeço, em particular, às contribuições intelectuais dos docentes: Prof. Dr. Alberto Luiz Schneider, Prof. Dr. Álvaro Allegrette, Prof. Dr. Fernando Torres-Londoño, Prof. Dr. Lauro Ávila Pereira, Prof. Dr. Luiz Antonio Dias, e Profa. Dra. Yone Carvalho.

Ao colega e amigo de pós-graduação da PUC-SP, Sharley Cunha. Sua dedicada ajuda em levantamentos bibliográficos, busca de obras e artigos, além de conversas criativas foram importantes para o início do projeto e posterior desenvolvimento da pesquisa.

Também, agradeço muito a colaboração e disponibilidade dos colegas médicos urologistas que possibilitaram meu acesso aos documentos inéditos dos congressos, tanto na sede da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), no Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, como na Seccional da SBU, em São Paulo: Prof. Dr. Flavio Trigo, Prof. Dr. Ronaldo Damião, Prof. Dr. Geraldo Faria, Prof. Dr. Paulo Rodrigues e Prof. Dr. Sidney Glina.

À Agência de publicidade Zero 11, cuja “alma propulsora e testemunha ocular do lançamento de Viagra”, Ailton Godoy, gentil e dedicadamente me proporcionou acesso a documentos raros do mundo da propaganda e estratégia farmacêuticas.

À cara amiga, Márcia Gaudie-Ley Ferrara – que, desde os “tempos da Pfizer”, compartilha amizade e vivência farmacêuticas memoráveis - por ter oferecido o empréstimo de uma obra norte-americana rara sobre a história do laboratório Pfizer.

Devo ressaltar que o longo tempo de incubação, reflexão e escrita da dissertação, com avanços e retrocessos, e novamente avanços, perpassou por inúmeras conversas, apoios, acolhimentos e conselhos de amigas sinceras e generosas. Meu agradecimento de coração para: Aline Büerger Schaefer Mugnaini, Ana Luiza Sampaio, Ândrea Telma Andreotti, Joanita Lopes, Mirtes Marques, Simone Tolaine Massetto e Sonia Maria Tavolari. Também, agradeço ao meu afilhado, Martin Fabichak, que mesmo distante, tornou-se sempre presente em ouvir, pacientemente, minhas “elucubrações históricas”.

Agradeço à Cristina Gaglianone Cesar, pela amizade desde os “tempos dos Quatro Quantos do Mundo” e por sua expertise em inglês.

À Teresa Avalos Pereira, pelo dedicado e paciente trabalho em revisar e formatar esta pesquisa.

Meu agradecimento ao companheiro e amor de vida, de viagens e de inesquecíveis histórias e aventuras, Ernesto Lippmann, pelas revisões finais críticas, opiniões inusitadas e detalhistas. Obrigada por estar ao meu lado!

Por fim, agradeço a todos os colegas e outros tantos profissionais que passaram pelo trajeto de minha vida profissional, tanto na academia, como na indústria farmacêutica, pois sem as experiências de diferentes naturezas/intensidades e os aprendizados adquiridos nas últimas mais de três décadas, este trabalho não teria nascido!

***Está inteiramente renascido, o homem viril ressuscitou!  
À parte que não existe virilidade, não existe mais nada do que esperanças na  
vida breve.***

***Philip Roth***



## RESUMO

Essa pesquisa objetiva examinar a transformação da sexualidade masculina, com foco na masculinidade, virilidade e no corpo do homem, mediante a medicalização de um distúrbio sexual, impregnado de estigmas - a impotência -, no recorte temporal de 1989 a 2018. A problematização se estabelece a partir da contextualização de discursos médicos e midiáticos que interconectam três dimensões: a urologia (ciência médica), a indústria farmacêutica (o capital) e a mídia (meio difusor da interação das duas primeiras com o público-alvo), tendo como marco cultural-mercadológico o lançamento do produto Viagra®, em 1998, no Brasil. Trinta anos após a “explosão da vontade de saber” sobre a sexualidade feminina, com a introdução da pílula anticoncepcional, nos anos 60, a medicina se ocupa da saúde sexual e geral do homem, por meio do lançamento de outra “pílula, a azul”, que aborda a impotência sob um novo ângulo: transforma qualquer “falha” ou ausência de ereção, da juventude à velhice, em um distúrbio orgânico da função erétil. Sob a formulação foucaultiana de biopoder interligada com a História do Corpo, pretende-se analisar narrativas textuais e imagéticas geradas antes e depois da introdução do medicamento, nos limites entre corpo, saúde, doença, envelhecimento e sexualidade. Também, procura-se compreender seus impactos sobre a urologia, como especialidade médica, além de identificar a construção de uma saúde e virilidade ideais como mercadorias de consumo. Quanto à metodologia, essa pesquisa analisa, de forma inédita, fontes médicas diversificadas, tais como os programas científicos de congressos médicos urológicos, consensos médicos sobre disfunção erétil, materiais promocionais, ajudas visuais, além de fontes midiáticas, como matérias de capa de revista, anúncios e filmes publicitários produzidos sob o patrocínio da indústria farmacêutica.

**Palavras-chave:** Sexualidade masculina, Medicalização, Virilidade, Urologia, Indústria farmacêutica, Viagra.

## ABSTRACT

This research aims to examine the transformation of male sexuality, focusing on masculinity, virility and the male body through the medicalization of a sexual disorder, impregnated with stigmas, impotence, in the time frame from 1989 to 2018. The problematization is established from the contextualization of medical and media discourses that interconnect three dimensions: urology (medical science), the pharmaceutical industry (capital) and the media (means of diffusing the interaction of the first two with the target audience), with the launch of the cultural-marketing framework of the Viagra® product, in 1998, in Brazil. Thirty years after the “explosion of the will to know” about female sexuality, with the introduction of the contraceptive pill, in the 60s, medicine deals with the sexual and general health of men, through the launch of another “pill, the so called blue pill”, which approaches impotence from a new angle: it transforms any “failure” or absence of an erection, from youth to old age, into an organic disorder of erectile function. Under the Foucaultian formulation of bio power interconnected with the History of the Body, we intend to analyze textual and imaginary narratives generated before and after the introduction of the drug, in the limits between body, health, disease, aging and sexuality. It also seeks to understand its impacts on urology, as a medical specialty, in addition to identifying the construction of ideal health and virility as consumer goods. As for the methodology, this research analyzes, in an unprecedented way, diversified medical sources, such as the scientific programs of urological medical congresses, medical consensus on erectile dysfunction, promotional materials, visual aids, as well as media sources, such as cover articles from magazine and advertisements and advertising films produced under the sponsorship of the pharmaceutical industry.

**Keywords:** Male sexuality; Medicalization; Virility; Urology; Pharmaceutical industry; Viagra.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo das principais descobertas relacionadas à impotência...	22
Figura 2 – Capa da Revista <i>Realidade</i> , 1973.....	36
Figura 3 – Etapas da Pesquisa biomédica, mediante seus objetivos e temporalidade .....	55
Figura 4 – Esquema inclui as diversas etapas do desenvolvimento de um medicamento e sua temporalidade.....	57
Figura 5 – Gastos com Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) pela indústria farmacêutica internacional, em bilhões de dólares.....	58
Figura 6 – Folheto Caravana da Saúde <i>In Company</i> , 1999. ....	73
Figura 7 – Capa da Revista <i>Realidade</i> , 1966.....	87
Figura 8 – Capa da Revista <i>Veja</i> , 1993.....	91
Figura 9 – Slide n. 8 da apresentação “ <i>Como transformar um tabu em um negócio</i> ”, 2003. ....	99
Figura 10 – Slide n. 9 da apresentação “ <i>Como transformar um tabu em um negócio</i> ”, 2003.....	100
Figura 11 – Slide n. 43 da apresentação “ <i>Como transformar um tabu em um negócio</i> ”, 2003.. ....	101
Figura 12 – Capa e matéria da Revista <i>Veja</i> , 1998.....	102
Figura 13 – Capa e matéria da Revista <i>Veja</i> , 1998.....	102
Figura 14 – Primeira página da Entrevista (páginas amarelas) da Revista <i>Veja</i> , 2001.....	104
Figura 15 – Slide n. 19 da apresentação “ <i>Como transformar um tabu em um negócio</i> ”, 2003.. ....	105
Figura 16 – Slide n. 20 da apresentação “ <i>Como transformar um tabu em um negócio</i> ”, 2003. ....	105

Figura 17 – Slide n. 21 da apresentação “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003...	106
Figura 18 – Slide n. 23 da apresentação “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003..	106
Figura 19 – Slide n. 25 da apresentação “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003...	107
Figura 20 – Slide n. 10 da apresentação “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003..	107
Figura 21 – Anúncio, Viagra®, 2004..	115
Figura 22 – Anúncio, Helleve®, 2009.....	116
Figura 23 – Anúncio, Helleve®, 2007.....	116
Figura 24 – Mensagem no. 1 do Guia Prático de Urologia, 2003.....	133
Figura 25 – Mensagem no. 2 do Guia Prático de Urologia, 2003.....	134
Figura 26 – Ajuda Visual, Viagra®, 1998 .....	162
Figura 27 – Anúncio, Viagra®, 1998.. .....	162
Figura 28 – Ajuda Visual, Viagra®, 1998 .....	162
Figura 29 – Ajuda Visual, Viagra®, 2000.. .....	163
Figura 30 – Anúncio Cialis®, 2003.....	169
Figura 31 – Ajuda Visual Viagra®, 2003 .....	170
Figura 32 – Ajuda Visual, Viagra®, 2004.. .....	170
Figura 33 – Ajuda Visual Viagra®, 2004.. .....	170
Figura 34 – Anúncio Levitra®, 2004.....	171
Figura 35 – Ajuda Visual Viagra®, 2005.. .....	171
Figura 36 – Ajuda Visual Viagra®, 2005 .....	171
Figura 37 – Anúncio Levitra®, 2006.....	171
Figura 38 – Anúncio Viagra®, 2008 .....	172

Figura 39 – Anúncio Viagra®, 2009..	172
Figura 40 – Anúncio Cialis®, 2009.....	173
Figura 41 – Anúncio Viagra®, 2011 .....	173
Figura 42 – Filme “Depoimento de Evandro Mesquita na praia”, 2004..	180
Figura 43 – Filme “Depoimento de Evandro Mesquita na praia”, 2004 .....	180
Figura 44 – Frequência de temas nas capas da Revista <i>Veja</i> (1989-2018).....	185
Figura 45 – Capa da Revista <i>Veja</i> , 1996.....	187
Figura 46 – Anúncio 1, Revista <i>Veja</i> , 1999 .....	190
Figura 47 – Anúncio 2, Revista <i>Veja</i> , 1999..	190
Figura 48 – Anúncio 3, Revista <i>Veja</i> , 2001 .....	190
Figura 49 – Capa da Revista <i>Veja</i> , 2001.....	193
Figura 50 – Matéria da Revista <i>Veja</i> – Edição Especial Homem, 2003..	195
Figura 51 – Capa da Revista <i>Veja</i> – Edição Especial Homem, 2004.....	198
Figura 52 – Capa da Revista <i>Veja</i> , 2002.....	202
Figura 53 – Filme “Expressões Tudo Azul”, 2004..	212

## LISTA DE ABREVIATURAS

a. C.	Antes de Cristo
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AUA	<i>American Urological Association</i>
CRF-SP	Conselho Regional de Farmácia de São Paulo
DAEM	Deficiência Andrógena do Envelhecimento Masculino
d. C.	Depois de Cristo
DE	Disfunção Erétil
DSMS-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV</i>
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
GLPs	<i>Good Laboratory Practices</i>
GMPs	<i>Good Manufacturing Practices</i>
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IIFE	Índice Internacional de Função Erétil
ISIR	<i>International Society of Impotence Research</i>
ISMH	<i>International Society for Men's Health and Gender</i>
ISRSs	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
MMAS	<i>Massachusetts Male Aging Study</i>
NIH	<i>National Institutes of Health</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RX	Raio X
SBU-SP	Sociedade Brasileira de Urologia – Seccional São Paulo
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SLAIS	Sociedade Latino-Americana para o Estudo da Impotência e Sexualidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. IMPOTÊNCIA: UM PROBLEMA SEXUAL MASCULINO EM TRÊS DIMENSÕES.....</b>	<b>19</b>
1.1 Urologia, uma especialidade em busca do tratamento da impotência .....	20
1.2 A mídia expressa sua impotência .....	35
1.3 Indústria farmacêutica e a medicalização da saúde: o exemplo de percurso do laboratório Pfizer .....	46
<b>2. MEDICAMENTOS &amp; SEXO .....</b>	<b>61</b>
2.1 Corpo, saúde, sexualidade, medicalização e envelhecimento: um quinteto fundamental no biopoder.....	66
2.2 Pílula anticoncepcional: a mulher condutora de sua própria sexualidade .....	84
2.3 1998: A pílula azul chega ao Brasil .....	95
<b>3. A UROLOGIA DIANTE DE UM “NOVO HOMEM” PÓS VIAGRA®? .....</b>	<b>112</b>
3.1 Da impotência à disfunção erétil: como a urologia se transforma e expande seu domínio sobre a saúde do homem .....	117
3.2 Viagra® conecta a urologia com a sexualidade masculina e feminina .....	150
<b>4. ROMPENDO O SILÊNCIO .....</b>	<b>180</b>
4.1 A mídia e o <i>marketing</i> farmacêutico como dispositivos da farmacologização da sexualidade masculina .....	184
4.2 Ideais de saúde e virilidade como mercadorias .....	202
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>215</b>
<b>FONTES.....</b>	<b>223</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>229</b>



## INTRODUÇÃO

Inicialmente, vale inserir uma pergunta: quais foram os “gatilhos” geradores deste trabalho? Dois: o meu passado de realização profissional na Medicina e minha paixão, desde a infância, pela História! Esta pesquisa tem seu antecedente na minha trajetória acadêmica e profissional dos últimos 33 anos. Após minha formação em medicina, iniciei meu mestrado nas áreas de fisiologia/farmacologia e segui como professora e pesquisadora nos campos da fisiopatologia do estresse e fisiologia geral. Em seguida, trabalhei mais de 15 anos na indústria farmacêutica, onde tive a oportunidade de fazer parte de equipes multidisciplinares na área de sexualidade humana e no gerenciamento de vários medicamentos, dentre eles o Viagra®, no laboratório Pfizer. Em mais de seis anos, atuei diretamente como cocriadora de materiais científicos, especialmente ao lado da área de *marketing*, cujos conteúdos consistiam em “narrativas promocionais” para diferentes “clientes-alvo”, ou seja, para médicos, público em geral, sociedades médicas, imprensa escrita, mídia publicitária e representantes de vendas dos laboratórios. Dessa forma, como médica, participei ativamente dos meandros da indústria farmacêutica, em um dos períodos mais conspícuos da criação e disseminação do “imaginário de um medicamento para o tratamento da impotência”, na história da medicina. Tal experiência marcante, anos mais tarde, me levou a escrever um livro sobre a neurobiologia do amor e da sexualidade humana (FABICHAK, 2016). Depois dessa obra, comecei, gradualmente, meu trajeto em direção a uma formação mais humanista e optei, posteriormente, por deixar a carreira na indústria farmacêutica e seguir na graduação do curso de história na PUC-SP e, em seguida, iniciar este trabalho de dissertação.

Um dos maiores desafios a que me propus no âmbito intelectual humanístico foi o de entrelaçar e mesclar saberes e práticas contidas no percurso que atravessa a Medicina com a História. Para tal jornada analítica, a opção escolhida foi a trilha da História do Corpo. Aliás, esta não deixa de ser a própria história do ser humano, inserida na construção de cultura e sociedade, cujas influências temporais são direcionadas por padrões plásticos e transitórios, interligados com saúde, sexualidade, beleza e comportamento, dentre tantos outros “dispositivos” incluídos na corporeidade.

Posto isso, este trabalho objetiva discutir os impactos da medicalização de um distúrbio sexual repleto de tabus - a impotência -, sobre a sexualidade masculina, com foco na masculinidade, virilidade e corpo do homem, no recorte temporal de 1989 a 2018. A problematização é arquitetada a partir da contextualização de discursos médicos e midiáticos que interconectam três dimensões: a urologia (ciência médica), a indústria farmacêutica (o capital) e a mídia (meio difusor da interação das duas primeiras com o público-alvo). O marco cultural-mercadológico é o lançamento do produto farmacêutico Viagra®, em 1998, no Brasil. Assim sendo, o recorte temporal proposto tenciona a visualização ampla da produção discursiva de quase 10 anos prévios e 20 anos subsequentes à chegada do produto farmacêutico no mercado.

Como um dos principais intuitos é analisar a construção da medicalização da sexualidade masculina, além da trinca, corpo/saúde/envelhecimento do homem, detecta-se na literatura que esses objetos são temas estudados de maneira escassa pela ótica da História. Em contrapartida, constata-se maior historicização da medicalização da sexualidade feminina. Por exemplo, a introdução da pílula anticoncepcional, no cenário da contrarrevolução dos anos 60, marca uma era na história do corpo, em que por um lado, há a separação inexorável entre reprodução e prazer sexual, e por outro, a saúde da mulher ganha um especialista médico para seu cuidado sexual e geral: o ginecologista.

Passadas mais de três décadas dessa “explosão da vontade de saber” sobre a sexualidade feminina, a medicina volta-se para a saúde sexual e geral do homem por meio do lançamento de outra “pílula, a azul”. Tal tratamento farmacológico da impotência, por via oral, transforma-se em revolucionário pela praticidade e eficácia. Além de quebrar tabus tanto na sexualidade masculina como na feminina, o novo medicamento transverte qualquer “falha” ou ausência de ereção, da juventude à velhice, em um distúrbio orgânico da função erétil. Como uma das consequências, o urologista, legitimado pela ciência e empoderado pela indústria farmacêutica, toma para si o protagonismo dos cuidados do homem, e nasce a Saúde do Homem.

Assim sendo, duas primeiras questões despontaram neste estudo:

- 1 - Como os discursos da indústria farmacêutica poderiam se articular com as narrativas médicas e midiáticas no âmbito de uma “reformatação” da masculinidade quando do lançamento de um medicamento ícone, Viagra®, para o tratamento da impotência?

2 - Qual a possível repercussão da medicalização sobre a sexualidade, com foco no corpo e saúde do homem, mediante a construção de uma “virilidade ideal” como mercadoria de consumo?

A partir desses questionamentos iniciais, o trabalho foi se delineando em maior complexidade e amplitude. Por exemplo, tornou-se necessário ampliar o raio de visão da conjuntura composta pelas três esferas escolhidas: medicina – indústria farmacêutica – mídia, por meio do entendimento da possível dinâmica da construção/desconstrução de biopoderes nas redes presentes em tais dimensões.

Outras questões foram acrescentadas à primeira, configurando uma verdadeira “espiral<sup>1</sup> de problematizações”. Por exemplo, se a urologia é a área médica que toma para si o “cuidado do homem impotente”, como ela se constrói em um formato de especialidade médica que detém o conhecimento científico e, no caso da impotência, centrado quase que exclusivamente em habilidades técnicas cirúrgicas, com notória ausência de abordagens ou tratamentos clínicos, até o final do século XX? Na mudança de terminologia de impotência para disfunção erétil, como a urologia se posiciona ao lado da indústria farmacêutica e desenha um trajeto em direção à prática clínica e à Saúde do Homem? Como tal especialidade, em conexão com outros saberes médicos, sob a influência do *marketing* farmacêutico, se interconecta com a sexualidade masculina, feminina e o envelhecimento? E, se a virilidade, no decorrer do século XX, segue em uma redução de significado e de representatividade, atrelados ao desempenho sexual focado na ereção, como a sua medicalização interfere na implantação do autocuidado masculino? Como os discursos médicos e midiáticos descobrem e percebem um “novo homem” pós Viagra®?

As problematizações exemplificadas, dentre tantas outras, emergiram antes e durante o diálogo com fontes médicas e midiáticas, e seguiram em um fluxo de reflexões para a análise, discussão e conclusão, sob a ótica da historicização da sexualidade/masculinidade/virilidade (BADINTER, 1993; BOURDIEU, 2010; MARSHALL, 2006, 2009, 2010; VIGARELLO; CORBIN; COURTINE, 2013), do corpo (MOULIN, 2009; COURTINE, 2013; SANT’ANNA, 2000a, 2000b, 2002, 2016), da

---

<sup>1</sup> De acordo ao Dicionário Michaelis, espiral é: “Curva plana gerada por um ponto móvel que faz uma ou mais voltas em torno de um ponto fixo, dele se afastando ou aproximando gradualmente conforme uma lei determinada”. Tal definição está disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?id=PeNn>. Acesso em: 28 set. 2020.

medicalização (GIAMI, 2009; FOUCAULT, 1977, 2018a; RUSSO, 2013; ROHDEN, 2011, 2012; CAMARGO JUNIOR, 2013; CONRAD, 2007), da saúde do homem (MARTINS; MALAMUT, 2013; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; SABO, 2000) e da cultura do consumo (SANT'ANNA, 2019; BECK, 1992a; SFEZ, 1996; BAUDRILLARD, 1991), acrescida do manuseio crítico de ideias e pensamentos do filósofo francês Michel Foucault (1977, 1999, 2002, 2008a, 2008b, 2010, 2018a, 2018b).

Quanto às diversas fontes escolhidas para compor os documentos de investigação, segue uma breve descrição. Primeiramente, foram selecionadas as fontes médico-científicas<sup>2</sup> constituídas pelos programas científicos de dois Congressos de Urologia: Congresso Brasileiro de Urologia<sup>3</sup> e o Congresso Paulista de Urologia<sup>4</sup>, ambos com frequência bienal, no recorte temporal entre 1989 a 2018. Também, foram identificados e acessados outros documentos (Ajuda Visual, Folheto Promocional, filmes publicitários para TV e apresentação em *PowerPoint*) elaborados pela Agência de Publicidade Zero 11 (São Paulo), contratada pelo laboratório Pfizer para desenvolver materiais promocionais, desde o lançamento de Viagra® até 2005. Além de outros documentos, tais como Consensos Médicos, Guia Prático de Urologia e dois livros<sup>5</sup>. Tais fontes<sup>6</sup>, fornecem narrativas tanto textuais como imagéticas de

---

<sup>2</sup> Também, foram incluídos nas fontes, dois consensos médicos sobre disfunção erétil.

<sup>3</sup> As fontes de tais congressos foram localizadas e acessadas na Sede da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), situada na cidade do Rio de Janeiro.

<sup>4</sup> As fontes de tais congressos foram localizadas e acessadas na Seccional São Paulo da Sociedade Brasileira de Urologia, situada na cidade de São Paulo.

<sup>5</sup> Importante destacar a diversidade inédita dos documentos incluídos nesta pesquisa.

<sup>6</sup> A metodologia de análise das fontes textuais foi construída durante o manuseio dos documentos, conforme a descrição a seguir, devido ao seu ineditismo na literatura. Por exemplo, para identificação e estudo das narrativas médico-científicas incluídas nas programações científicas dos congressos, inicialmente foi elaborada uma tabulação, contendo os seguintes itens: identificação do congresso (ou consenso); lista de títulos de palestras ou de cursos ou de trabalhos (temas livres) apresentados nos anais, cujos títulos referendavam à sexualidade, disfunção sexual, Viagra®, envelhecimento, impotência/disfunção erétil, diagnóstico, tratamento, epidemiologia, saúde do homem, reposição hormonal masculina, parceira, medicina, urologia; lista de eventos/simpósios patrocinados pela indústria farmacêutica; palavras-chave mais frequentes presentes nos títulos dos eventos selecionados dos congressos/simpósios/anúncios/temas livres (trabalhos apresentados nos anais); lista e registro fotográfico de anúncios de produtos para disfunção erétil e uma breve descrição de cada congresso, com foco nas palavras-chave mais frequentemente identificadas. Em seguida, com base nessa tabulação inicial, foi criada uma segunda tabulação mais objetiva e quantitativa com os seguintes conteúdos: identificação do congresso; número de palestras/cursos/anúncios; palavras-chave mais frequentes; número de simpósios patrocinados pela indústria farmacêutica e número de temas livres (trabalhos apresentados) nos anais do congresso. Também, foram selecionados outros documentos, tais como alguns materiais promocionais, denominados Ajudas Visuais, além de anúncios publicitários veiculados exclusivamente para a classe médica, no recorte temporal de 1998 – 2005 e 1998 – 2011, respectivamente.

cunho médico-farmacêutico, divulgadas em atividades promocionais e científicas<sup>7</sup> (com exceção dos filmes e anúncios publicitários dirigidos ao público em geral), sob a coordenação principal da área de *marketing* farmacêutico. E, secundariamente, as fontes midiáticas que incluem algumas reportagens de capa, entrevistas da seção “páginas amarelas” e anúncios publicitários farmacêuticos publicados na Revista *Veja*<sup>8</sup>, no recorte temporal de 1989 a 2018. Ademais, para além de tal recorte, duas matérias da Revista *Realidade*, (1966 e 1973), estão incluídas como fontes, visto que se mostram como marcadores úteis e pertinentes do sentido conferido à impotência até os anos 90.

Quanto à estrutura da pesquisa, no primeiro capítulo, o texto tem como objetivo descrever três dimensões - medicina (urologia), mídia impressa (Revista *Realidade*), indústria farmacêutica (Pfizer) -, que se interconectam ao redor da impotência e do desenvolvimento de medicamentos. Brevemente são apresentadas historicizações das principais abordagens e tratamentos médicos de tal distúrbio sexual, do surgimento da urologia como especialidade médica no Brasil, e do laboratório Pfizer. O diálogo entre impotência e corpo masculino é exemplificado por meio da análise discursiva midiática de uma reportagem de capa da Revista *Realidade*, de 1973, tendo a masculinidade como uma espécie de “âncora reflexiva”.

O segundo capítulo traz à tona algumas ponderações sobre a interconexão de grandes temas, que atravessam o biopoder na dimensão da medicalização sobre a função sexual masculina. Estabelece-se uma sucinta, mas abrangente discussão sobre as fronteiras entre corpo, saúde, sexualidade, medicalização/farmacologização e envelhecimento. Dessa base teórica, parte-se para a compreensão médico-cultural do surgimento da pílula anticoncepcional e seu impacto sobre a sexualidade feminina, no Brasil. Pouco mais de trinta anos depois, a “pílula azul”, Viagra®, chega ao mercado para transformar a sexualidade masculina e o tratamento da impotência para além da medicina, em 1998. Discursos emitidos pela mídia impressa e, em particular, narrativas contidas em uma rara apresentação de *slides* em *PowerPoint*, criada pela agência de publicidade responsável pelo lançamento do medicamento, tratam de

---

<sup>7</sup> Tais atividades podem ser, por exemplo, visitas promocionais aos consultórios médicos feitos pelos representantes do laboratório para promover os medicamentos por meio das Ajudas Visuais; anúncios médicos publicados nos programas científicos dos congressos, além de palestras, mesas-redondas e simpósios patrocinados pelo laboratório, presentes tanto em congressos médicos, como em eventos independentes.

<sup>8</sup> O acesso a tais fontes foi realizado *on line*, mediante uma assinatura particular mensal à revista.

revelar um quadro no qual a indústria farmacêutica irradia seu complexo biopoder por diversas esferas da sociedade.

A partir da exploração dos discursos médicos contidos nos programas científicos dos congressos contrapostos aos publicitários, o capítulo 3, objetiva mostrar como a urologia se transforma e expande seu domínio sobre a saúde do homem, a partir do movimento de mudança da terminologia, impotência para disfunção erétil, contextualizado pela chegada da “pílula azul” ao mercado brasileiro. Aprofunda-se a discussão, no sentido de propor que a explosão de saber sobre as sexualidades feminina e masculina converge para a idealização de uma virilidade redutora e eretocêntrica. Enfim, como é delineado o “novo homem” pós Viagra? Como esse homem, mediante sua masculinidade “reformatada”, é lançado em direção ao autocuidado da saúde integral pelo urologista?

Por último, no capítulo 4, pretende-se fechar, porém, sem esgotar a discussão dessa pesquisa, com a proposição para pensar sobre a mídia e o *marketing* farmacêutico como dispositivos da farmacologização da sexualidade masculina, legitimados pelo saber médico. Pondera-se que Viagra®, além de um medicamento-mercadoria, é um objeto representativo de signos: torna-se pioneiro em despertar o desejo pelo “sexo perfeito” em um corpo performático, para se atingir, talvez, uma saúde utópica. Nesse sentido, os discursos midiáticos e médicos em sinergia poderiam tocar na essência da masculinidade, ou seja, transformar a virilidade, sintetizada à função erétil, em mercadoria ideal de consumo?

## 1. IMPOTÊNCIA: UM PROBLEMA SEXUAL MASCULINO EM TRÊS DIMENSÕES

Quantos homens no mundo ou no Brasil são impotentes? Essa é uma pergunta difícil de ser respondida, visto que os dados de prevalência<sup>9</sup> global, descritos pela medicina, podem variar de 3% a 76.5%<sup>10</sup>. Ou seja, quando se considera a população masculina brasileira acima de 15 anos (por volta de 92 milhões de homens<sup>11</sup>) e se aplica uma prevalência média geral de 46% para a impotência<sup>12</sup>, pode-se chegar ao número aproximado e estimado de “possíveis” 42 milhões de brasileiros impotentes em diferentes graus. Obviamente, esse número é superdimensionado, pois considera-se deliberadamente a faixa etária desde os 15 anos de idade<sup>13</sup>; entretanto, é uma população relevante de homens, que podem sofrer, eventual ou cronicamente, de um distúrbio ou dificuldade sexual que carrega no seu nome um estigma universal.

Se estes números são impactantes em termos de saúde pública, também o são para a principal especialidade médica, a urologia, que incorporou e desenvolveu conhecimento científico para diagnosticar e tratar tal disfunção sexual masculina. Conforme será discutido nos próximos capítulos, o corpo do homem torna-se naturalmente alvo de dimensões que disputam direta ou indiretamente a potencialidade de estabelecer biopoderes sobre ele. Destacam-se três: a medicina (ciência), constituída pela urologia; a indústria farmacêutica (capital), responsável pela medicalização e a mídia, que permeia ambas, fornecendo discursos, informações e

<sup>9</sup> Segundo o Centro de Vigilância Sanitária, a definição de prevalência é: “O número total de casos de uma doença, existentes num determinado local e período”. Fonte: PEREIRA, S. D. **Conceito e definições da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária**. São Paulo, 2007. Disponível em: [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid\\_visu.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf). Acesso em: 08 jul. 2020.

<sup>10</sup> Intervalo de prevalência da impotência (disfunção erétil) Fonte: KESSLER, A. *et al.* The global prevalence of erectile dysfunction: a review. **BJUI International**, Hoboken, v. 124, p. 587-599, 2019. Disponível em: <https://bjui-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bju.14813>. Acesso em: 02 jul. 2020.

<sup>11</sup> De acordo com o IBGE, a projeção da população brasileira, em 2020, está ao redor de 211.753.692 habitantes, sendo que a população de homens estimada é de 103.527.689. (48,89% da população total) e a projeção de porcentagem de homens acima de 15 anos de idade é de 89,33%. Portanto, a projeção da população de homens acima de 15 anos é de 92.481.284. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> e [https://www.indexmundi.com/pt/brasil/distribuicao\\_da\\_idade.html](https://www.indexmundi.com/pt/brasil/distribuicao_da_idade.html). Acesso em: 08 jul. 2020.

<sup>12</sup> De acordo com os autores, o valor médio de prevalência de impotência (disfunção erétil) no Brasil é de 46% da população masculina acima de 18 anos. MODESTO, A. A. D.; COUTO, M. T. Erectile dysfunction in Brazilian primary health care: dealing with medicalization. **American Journal of Men's Health**, Thousand Oaks, v. 12, n. 2, p. 431-440, 2018. doi: 10.1177/1557988317736174.

<sup>13</sup> Como sexualmente ativa.

representações criadas pela e para a sociedade. Além disso, o Estado se faz presente e interliga as demais esferas, por meio do Ministério da Saúde, criador de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2009).

Por diferentes alcances e políticas, todas as dimensões expandem seus discursos sobre a “vontade de saber” (FOUCAULT, 2018a) e o “cuidar de si” (FOUCAULT, 2018b) em relação à impotência e, conseqüentemente, impulsionam possíveis transformações da sexualidade e da masculinidade para um espaço de problematizações e interesses múltiplos, notadamente, após o lançamento de um medicamento icônico, o Viagra®.

### 1.1 Urologia, uma especialidade em busca do tratamento da impotência

A impotência – uma palavra latina, que significa, literalmente, falta de poder –, metaforicamente, no âmbito orgânico, inicia seu percurso na história do *Homo sapiens*, desde o primeiro homem ter experimentado a incapacidade de obter e/ou manter uma *performance* sexual satisfatória por meio da ereção peniana, ou seja, a falha do membro viril. O “fracasso do corpo masculino no ato sexual” inicia seu elo com a vulnerabilidade, explícita ou implícita, da virilidade. A partir de então, a busca incessante por tratar e curar a impotência ou amplificar a potência sexual masculina começa seu trajeto, e é possível até afirmar que esta não se descola da representação do ser viril através da força, dominância e poder masculinos. Aliás, conforme Claudine Haroche afirma:

Os homens devem ser fortes, mais ainda, devem se mostrar fortes. Porém, considerados, ou se considerando como “naturalmente” viris, os homens temem acima de tudo serem descobertos na sua vulnerabilidade, serem reconhecidos na sua impotência (HAROCHE, 2013, p. 29).

Acredita-se que a referência mais antiga para impotência tenha sido na Índia, por volta do século VIII a.C., no Sushruta Samhita<sup>14</sup>. Os hindus da época acreditavam que a impotência poderia ter causa mental ou ocorrer devido à relação sexual com uma mulher “desagradável”. Curioso destacar que aqui se faz uma das primeiras

---

<sup>14</sup> Sushruta Samhita, texto em sânscrito com provável autoria de Sushruta, fundador da medicina Ayurveda ou medicina tradicional indiana.



menções sobre a “participação” da parceira quanto ao desempenho sexual masculino. O problema sexual não estaria no homem, mas poderia estar na mulher.

Por outro lado, no Ocidente, acredita-se que o termo *impotencia* (em latim) foi utilizado pela primeira vez em 1420, por Thomas Hoccleve, no seu poema “*De Regimine Principum*” (O Governo dos Príncipes) (SHAH, 2002).

Entre os séculos 7 e 9 a.C., a medicina antiga árabe, preocupada com a falta de potência masculina, prescreve tratamentos naturais, tais como o óleo de jasmim, aplicado no órgão sexual masculino durante o intercuro. A medicina tradicional chinesa, também, por meio do seu conceito dos dois lados opostos complementares da natureza: Yin (negativo, escuro e feminino) e Yang (positivo, brilhante e masculino), acredita que a impotência é um desequilíbrio desses dois estados (SHAH, 2002).

Por outro lado, ao longo da história, até a atualidade, os afrodisíacos têm sido usados para aumentar a libido. Seu nome advém da deusa grega do amor, Afrodite. Um exemplo é a mandrágora, derivada de uma família de batata (*Mandragora officinarum*), cuja raiz apresenta um formato semelhante ao órgão genital masculino (SHAH, 2002).

Aliás, o pênis ereto, no mundo antigo, tanto no Ocidente como no Oriente, era representado como um símbolo fálico de poder, força e maturidade. Por exemplo, a primeira ejaculação do menino era celebrada em festas pelos romanos. Quando se observa rapidamente o passado dos “tratamentos” da impotência no Ocidente, tem-se como exemplo o uso de talismãs feitos de órgão sexual de galo e cabra na Roma e Grécia antigas, no século VII; os homens os usavam mediante a crença de que tais “objetos sagrados” eram afrodisíacos e dariam força sexual. Entretanto, em sua ânsia por potência, e para além da feitiçaria, a organoterapia se aplicava por meio de refeições afrodisíacas, que incluíam pênis de lobo assado, prescritas por um certo frade Albertus Magnus, do século XIII, na Europa (McLAREN, 2007). Os romanos, novamente, tratavam de consumir os órgãos sexuais masculinos de animais considerados como de intensa libido, como os coelhos, ou a beberem o sêmen de águias e falcões (GURTNER *et al.*, 2017).

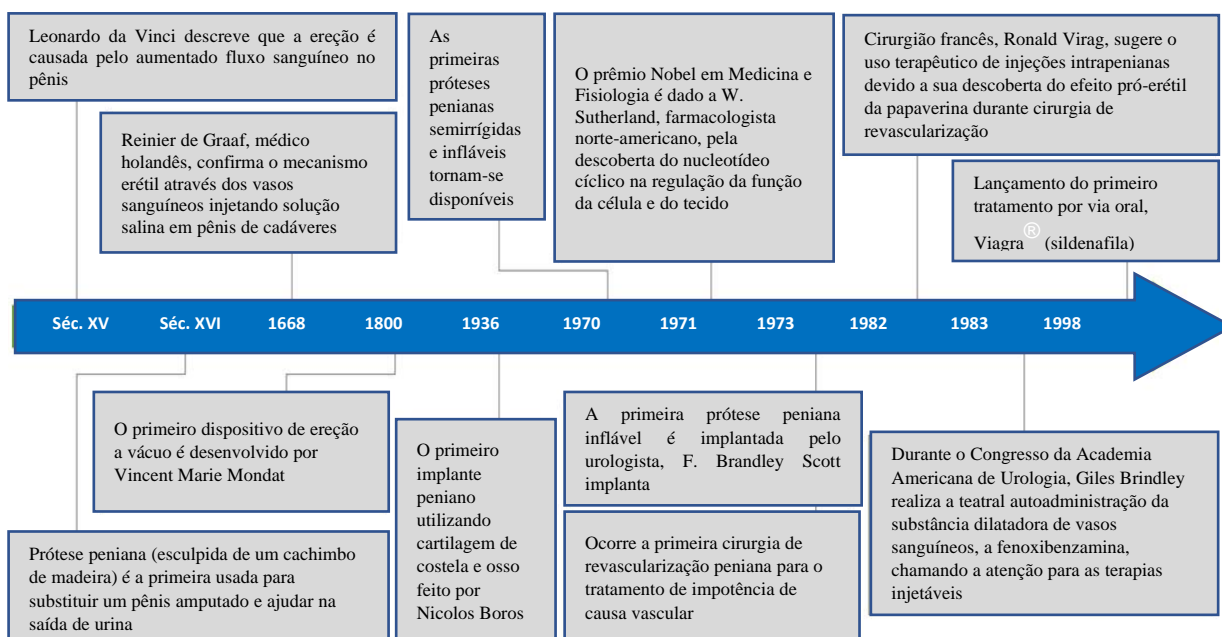
O teólogo medieval Tomás de Aquino (1225-1274) discorreu sobre a existência de impotência mediante certos tipos de parceiras, denominadas como “*ligature*” e “*frigidity*”, em que o homem seria afetado sexualmente por tais mulheres (SHAH,

2002). Novamente, aqui, um outro exemplo em que a mulher tem seu papel com uma certa “representatividade categórica”, talhada para ser a causa do fracasso sexual masculino.

Na Europa, entre os séculos XIII e XVII, a impotência era considerada, pelo direito canônico (eclesiástico da Igreja Católica), particularmente entre a nobreza e classes altas, o único motivo legal para o divórcio. Era considerado um pecado mortal o homem impotente que contraía matrimônio, embora não houvesse impedimento legal para casar (SHAH, 2002). Nota-se que a impotência se liga fortemente à noção de procriação e, uma vez o homem incapaz de demonstrar sua potência sexual, tornava-se quase a única justificativa, por parte da mulher, em obter um divórcio pelas leis canônicas.

É possível que Leonardo da Vinci (1452-1519) tenha dado o primeiro passo no trajeto da ciência em direção ao entendimento da impotência, por meio de suas descrições e desenhos sobre a anatomia do pênis (YAFI *et al.*, 2016). Abaixo, a figura 1 apresenta alguns marcos cronológicos considerados por narrativas médicas, especificamente pela urologia, como fundamentais no avanço técnico para o tratamento cirúrgico e, mais tarde, clínico da impotência.

**Figura 1 – Linha do tempo das principais descobertas relacionadas à impotência.**



Fonte: Adaptado e modificado de Yafi *et al.* (2016); Gurtner *et al.* (2017); McLaren (2007).

Por exemplo, em relatos sobre a história do tratamento da impotência, alguns nomes clássicos são citados pela literatura médica (JONAS, 2001), dentre eles, Regnier de Graaf, que, em 1668, descobriu a possibilidade de induzir uma ereção em cadáveres, injetando solução salina nos vasos sanguíneos do pênis. Outro nome é o de François de la Peyronie, que ficou famoso por descrever a doença<sup>15</sup> com o seu nome, pois ele mesmo a apresentava, em 1743 (JOCELYN; SETCHELL, 1972). Gurtner *et al.* (2017) relatam que, no final do século XVIII, o Dr. Samuel Solomon criou um “medicamento tópico”, um bálsamo, contendo cardamomo, conhaque e cantáridas<sup>16</sup>, aplicado sobre os testículos mediante banho de água fria. Tal bálsamo tinha o objetivo de bloquear o desejo pela masturbação, pois acreditava-se que o sêmen desperdiçado voluntariamente levaria à impotência (McLAREN, 2007).

O neurologista francês Charles Edouard Brown Séquard foi o primeiro a postular a ligação entre a produção hormonal e o processo de envelhecimento e a impotência. Ele injetou sêmen na circulação sanguínea de um homem velho, com o objetivo de aumentar a *performance* física e mental, em 1869. Quando o médico completou 72 anos de idade, autoinjetou extrato testicular animal (JONAS, 2001). Esses experimentos pioneiros proporcionaram à urologia o conceito do tratamento com hormônios androgênicos<sup>17</sup> para a medicina moderna. Tal terapia abriu o caminho para a andrologia, uma especialidade englobada pela urologia, e posteriormente descrita.

Conforme a figura 1, construída sob o “olhar da urologia”, desde o século XV os saberes médicos concentram-se em “tentativas” de tratamentos para a impotência, sob o âmbito cirúrgico (bombas a vácuo, implantes penianos, revascularização<sup>18</sup>). Porém, somente a partir do início do século XX (1936), os primeiros implantes penianos são realizados.

Deve-se ressaltar que, até os anos 70, a terapêutica preponderante disponível para a impotência advinha da avaliação e acompanhamento psicológicos, com ou sem a parceira. Em 1973, acontece a introdução do implante de prótese peniana, como um

<sup>15</sup> Doença de Peyronie é causada pela presença de nódulos ou placas fibrosas (ou de cicatrizes) no corpo peniano, que provocam dor e/ou curvatura, prejudicando o desempenho sexual, causando até a impotência.

<sup>16</sup> Insetos coleópteros, cujos órgãos sexuais produzem um feromônio denominado cantaridina, que possui efeito de produzir ereções penianas.

<sup>17</sup> Hormônios sexuais masculinos, cuja testosterona está incluída.

<sup>18</sup> Técnica cirúrgica, cujo objetivo é restaurar a circulação sanguínea no pênis.

tratamento urológico definitivo para aqueles “raros” casos de homens com impotência causada por doenças orgânicas, ou seja, “não psicológica” (GOLDSTEIN *et al.*, 2019). No entanto, a prótese (ou implante), cujo objetivo é oferecer ao membro uma rigidez, pode ser desconfortável, ou simula uma ereção permanente, semelhante ao priapismo. E, mesmo com resultados não tão efetivos, à medida que mais homens sofriam falhas na terapia psicológica<sup>19</sup>, mais eles buscavam soluções “cirúrgicas e invasivas” na urologia. Por conseguinte, a medicina começou a ser instigada a pesquisar e criar conhecimento teórico e técnico sobre a fisiologia da ereção e sua associação com alterações orgânicas. O território psicológico da impotência, sedimentado desde os fins do século XIX no berço da nascente psiquiatria, começou a dar lugar ao espaço das habilidades técnico-cirúrgicas da urologia.

Apenas a partir da década de 80 surgiram os tratamentos via injeção de substâncias vasodilatadoras, que facilitavam a circulação sanguínea peniana para produzir a ereção. Inicia-se, nesse ponto de inflexão, a trajetória de medicalização da impotência, pois tais injeções intracavernosas se apresentam como a primeira terapêutica eficaz para a impotência. Contudo, sua aplicação demanda ser feita na base do pênis, 10 minutos antes da relação sexual.

Como será discutido nos próximos capítulos, a medicalização, instaurada no Ocidente a partir do final do século XIX, se deu por meio de discursos e práticas em que a sexualidade, termo inventado no mesmo período, foi um dos seus principais dispositivos para o controle do corpo e do cuidado de si (FOUCAULT, 2018a, 2008b; GIAMI, 2005). Primeiramente, a medicina incluiu a impotência no seu rol científico, com o advento da venereologia<sup>20</sup>, que a identificava como “perda da virilidade” ou um problema de infertilidade masculina. Simultaneamente, a psiquiatria inseria a impotência na categoria de “neurastenia sexual” (GIAMI, 2009). No início do século XX, a psiquiatria vislumbrou a impotência sob duas perspectivas: uma, por meio do princípio intrapsíquico, baseado na etiologia do trauma sexual na infância, e a outra, sob a ampliação da abordagem psicossocial, onde se incluíam os códigos sociais e as próprias parceiras dos pacientes (GIAMI, 2009).

---

<sup>19</sup> As falhas seriam decorrentes da falta de diagnóstico, nos homens impotentes, de doenças crônicas, tais como diabetes, doença de Peyronie, trauma peniano, cirurgia pélvica e doenças neurológicas.

<sup>20</sup> Especialidade médica que estuda as doenças venéreas ou sexualmente transmissíveis.

A partir dessa breve exposição do percurso da impotência, sob um ângulo predominantemente médico e invasivo-cirúrgico, infere-se que, ao longo das eras, tal dificuldade sexual segue sendo um construto moldado e apresentado sob diferentes representatividades. Por exemplo, McLaren (2007), no seu livro *“Impotence: A cultural history”*, comenta que, quando a reprodução ocupa um espaço de relevância, a impotência frequentemente é confundida ou equacionada com a infertilidade ou esterilidade. Na idade moderna, ela exhibe diversos significados médicos: incapacidade para atingir uma ereção, incapacidade para penetrar ou para ejacular ou até produzir uma ejaculação precoce. Tais falhas ou fracassos se apresentam intermitentes ou crônicos e podem ter causas orgânicas e/ou psicológicas. É certo que a frequência destes fracassos tende a aumentar com a idade, por razões fisiológicas decorrentes da queda de produção de hormônios ou de doenças crônicas, como as cardíacas e diabetes, por exemplo.

Logo, a impotência que, desde tempos imemoriais foi inscrita como tabu no corpo do homem, se apresentou como sinônimo de fracasso sexual, medo e “fragilidade viril” e evoluiu no tempo quanto aos seus significados e simbologias. Entretanto, foi no final do século XX que a medicina, juntamente com a indústria farmacêutica, produziu um movimento médico-cultural de magnitude única, no sentido de restaurar e aperfeiçoar a potência e até a virilidade (muitas vezes descrita como sinônimo) ao corpo do homem. A medicalização de tal dificuldade sexual produziu, como será discutido nos próximos capítulos, repercussões que foram além do tratamento farmacológico da impotência, e atingiram diretamente a masculinidade, a sexualidade e a própria saúde do homem.

Por outro lado, vale apontar um questionamento: se a urologia é a área médica que toma para si o “cuidado do homem impotente”, como ela se constrói em um formato de especialidade médica que detém o conhecimento científico e, no caso da impotência, centrado quase que exclusivamente em habilidades técnicas cirúrgicas, com notória ausência de abordagens ou tratamentos clínicos, até o final do século XX? Para melhor entendimento dessa problematização, dois panoramas sucintos são apresentados: o primeiro descreve como a urologia se estabelece como especialidade médica no Ocidente, sendo uma das primeiras a se tornar independente da cirurgia geral; o segundo descreve como surgiram as especialidades médicas, como

instituições detentoras de saberes e poderes, tendo, como exemplo, a medicina paulista da década de 30.

A urologia é considerada uma especialidade médico-cirúrgica, cuja atuação abrange as doenças do aparelho urinário masculino e feminino, além do aparelho sexual masculino (SILVA, 2002). Ela não é uma especialidade que trata exclusivamente o paciente do sexo masculino<sup>21</sup>. De acordo com Silva (2002), a urologia tornou-se uma das primeiras disciplinas independentes da cirurgia geral. Este fato se deve, segundo o autor, à peculiaridade de suas técnicas diagnósticas e terapêuticas, visto que a endoscopia<sup>22</sup> e a radiologia se prestaram ao desenvolvimento notório da especialidade. Ademais, técnicas cirúrgicas para o diagnóstico e tratamento de patologias da próstata e das vias urinárias também a tornaram uma especialidade destacada da cirurgia geral (SILVA, 2002). Portanto, uma área médica ser detentora de conhecimentos mais especializados a torna capaz de se desmembrar da abrangente cirurgia geral e galgar seu próprio caminho técnico-teórico.

Para citar apenas alguns eventos relevantes cronológicos sobre o desenvolvimento da urologia, a circuncisão pode ser considerada uma das primeiras técnicas cirúrgicas criadas pela humanidade, desde o Egito antigo, há 4-5 mil anos a.C. Os povos semitas também a utilizam desde 3.400 anos a.C. como ritual religioso (OLIVEIRA; HERNANDEZ; BEGLIOMINI, 2018). A castração, outra técnica cirúrgica, foi empregada desde o Ocidente (gregos) e o Oriente (árabes e hindus), como forma de submissão de povos conquistados, assim como para a manutenção de haréns (na presença dos eunucos), chegando até além do Renascimento, como forma de manter a extensão vocal feminina em cantores de ópera (os *castrati*). Já a sondagem vesical (da bexiga) era utilizada por chineses e hindus em 3.000 anos a.C., com a introdução de folhas de produtos animais na uretra, para alívio da retenção urinária.

Em termos de preceitos e práticas, a medicina que conhecemos até hoje foi estabelecida a partir de Hipócrates (século V a.C.) e, posteriormente, com Galeno (século II d.C.), quando são descritas inúmeras doenças e afecções, seus sinais,

---

<sup>21</sup> Por outro lado, a ginecologia é a especialidade médica que se atém à saúde dos sistemas reprodutivos femininos (vagina, útero e ovários) e das mamas. Também abrange a obstetrícia, que cuida da gravidez, do parto e do período pós-parto. FEBRASGO. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/547-os-rumos-da-ginecologia-e-obstetricia> Acesso em: 05 jul. 2020.

<sup>22</sup> É a obtenção de imagens médicas diagnósticas, por meio da utilização de um aparelho denominado endoscópio.

diagnósticos e tratamentos; dentre eles, alguns relacionados ao sistema urinário, como a descrição de sintomas sobre a observação da urina (SILVA, 2002). Na Idade Média, no mundo árabe, Avicena (980-1037) descreveu alguns aspectos do ato de urinar (micção), enquanto na Europa, os cirurgiões-barbeiros itinerantes, habilitados para extrair a pedra (cálculo) da bexiga, chamados de litotomistas, eram celebrados por reis e nobres (EKNOYAN, 2004). No entanto, os instrumentos utilizados eram muito rudimentares, e a dor e as infecções provocadas nos pacientes faziam desta “intervenção cirúrgica” um dos grandes desafios técnicos, com altas taxas de morbimortalidade (OLIVEIRA; HERNANDEZ; BEGLIOMINI, 2018; EKNOYAN, 2004).

Contudo, somente no início do século XIX é que a endoscopia da uretra e da bexiga começa sua trajetória, a partir de aparelhos primitivos com deficiência de iluminação, até o uso da eletricidade. Max Nitze (1877) foi pioneiro em realizar a primeira citoscopia (visualização interna da bexiga) mediante um aparelho com iluminação incandescente (SILVA, 2002).

Outro marco para o avanço do conhecimento, do diagnóstico e tratamento na urologia, que ainda não era constituída como especialidade, foi a descoberta dos raios X (RX) por Roengten (em 1895), com o surgimento da Radiologia. A anatomia e o funcionamento fisiológico e patológico do sistema urinário começaram a ser conhecidos mais profundamente. Paralelamente, a cirurgia se desenvolvia com método ao lado do surgimento dos princípios de assepsia (Lister, em 1869; Pasteur, em 1864) e da anestesia, com o uso do éter, por Morton (em 1846) e do clorofórmio, por Simpson (em 1848). A primeira nefrectomia (extração de rim) e a primeira prostatectomia (extração da glândula próstata) foram realizadas em 1869, por Simon, e em 1900, por Freyer, respectivamente (SILVA, 2002).

Na obra intitulada “A Urologia através da história – 1926-2011” (SBU, 2011), organizada pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), estão descritas, na introdução, algumas intervenções cirúrgicas na urologia, além de breves citações dos principais protagonistas no campo da cirurgia e urologia (Renascença, séculos XVII e XVIII), considerados relevantes para o desenvolvimento da especialidade.

Desde a Antiguidade, a cirurgia, com suas técnicas e habilidades manuais, foi considerada um “saber” inferior à medicina “clínica”. Tal “estigma” perdurou até o final do século XIX, quando, por meio de um decreto, a Real Escola de Cirurgia da Inglaterra posicionou a cirurgia no mesmo grau de importância da medicina

(REQUIXA, 2002; OLIVEIRA; HERNANDEZ; BEGLIOMINI, 2018). Nesse ponto, a cirurgia ganha o mesmo *status* da clínica. Na França, Félix Guyon (1831-1920) tornou-se o primeiro professor de urologia, com a cisão da cirurgia geniturinária da cirurgia geral, na Universidade de Paris, em 1890. Seis anos depois, foi criada a primeira associação médica em urologia: *Association Française d' Urologie* (OLIVEIRA; HERNANDEZ; BEGLIOMINI, 2018).

Contudo, no século XX, a partir dos anos 40, a cirurgia é impulsionada para avanços significativos, com o aparecimento de terapêuticas com antibióticos, corticoides, hormônios e hemoterapia. As técnicas de diagnóstico e tratamento se ampliaram, com o desenvolvimento de técnicas computadorizadas, e trouxeram a campo a ultrassonografia, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética nuclear, angiografia digital e *doppler*, novos meios de diagnóstico e terapêutica endoscópica<sup>23</sup> e “laser”, tais como a endourologia<sup>24</sup>, a cirurgia laparoscópica<sup>25</sup> etc. O uso de próteses<sup>26</sup> também evoluiu, tais como as penianas já citadas, além do avanço na terapia oncológica, com a quimioterapia, radioterapia, imunoterapia e terapia genética (SILVA, 2002). A robótica e a telemedicina têm transformado a cirurgia e, obviamente, a urologia não tem ficado atrás neste início do século XXI.

Nessa breve descrição sobre algumas demarcações temporais, nota-se que a urologia, ainda sem tal denominação formal, começa seu percurso sendo construída por técnicas cirúrgicas arcaicas e práticas da medicina, que demandavam, por vezes, intervenções com instrumental rústico, repletas de riscos e sofrimento aos pacientes. A cirurgia geral era sua matriz; porém, os saberes e práticas urológicas se avolumaram com o tempo e se tornaram suficientes para impulsionar a especialidade para além da cirurgia geral e, assim, ela foi capaz de iniciar seu caminho solo.

A urologia nasce como especialidade cirúrgica, e não clínica, no final do século XIX, na França. A partir de então, o alcance dela se firmou, cada vez mais, através de sua essência vocacional: nas habilidades manuais em detrimento das habilidades clínicas. Entretanto, a urologia, como tantas outras especialidades médicas, se

---

<sup>23</sup> Área da endoscopia do sistema digestório que efetua tratamento por meio do endoscópio de doenças ou transtornos do tubo digestivo.

<sup>24</sup> Subespecialidade da urologia, que realiza o tratamento de doenças do trato urogenital, sem a utilização de incisões na pele, ou somente com microincisões.

<sup>25</sup> Procedimento cirúrgico via laparoscopia, minimamente invasivo, realizado mediante anestesia.

<sup>26</sup> Componente artificial, cuja finalidade é suprir necessidades e funções do corpo.



incorporou ao incremento dos saberes sobre doenças, exames diagnósticos e aprimoramento de instrumental e materiais cirúrgicos, como base para sua expansão para criar subespecialidades (urologia oncológica<sup>27</sup>, andrologia<sup>28</sup>, neurourologia<sup>29</sup>, urologia ginecológica, urologia pediátrica etc.). A urologia também foi capaz de se aproximar e exercer a clínica, se interconectar com outras especialidades médicas, tendo como alavanca, por exemplo, a sexualidade masculina, como será problematizado nos próximos capítulos.

Quando se considera a medicina por um âmbito além do biológico, como, por exemplo, pelo sociológico, ela se caracteriza como uma profissão repleta de singularidades (MACHADO, 1997). Ao longo da história no Ocidente, essa profissão, como nenhuma outra, abarcou poder e expressividade para construir conhecimento e definir realidades, afinal, o médico tem o poder de deliberar quando um corpo se encontra são ou doente e de empoderar tais definições por meio de paradigmas médico-sociais (MACHADO, 1997).

A partir do estabelecimento da relação médico-paciente, surge a profissão de consulta, em que se utilizam meios para atingir os fins. Por exemplo, o tratamento clínico ou cirúrgico (meio) para alívio/extinção dos sintomas e até a cura (fim) deve ser feita por profissional qualificado técnica e teoricamente para tal. Conforme Maria Helena Machado (1997) afirma:

Em sua história, a medicina construiu sólido conhecimento científico e reivindicou para si o monopólio da cura. Dotada de princípios ético-morais, a atividade médica estabelece singular relação com o consumidor (paciente) de seus serviços, que requer confiança, sigilo e credibilidade (MACHADO, 1997, p. 15).

Em acréscimo, do ponto de vista do Direito Médico, o Desembargador Miguel Kfoury Neto (2010) assinala:

Ao assistir o cliente o médico assume obrigação de meio, não de resultado. (...) O médico deve apenas se esforçar para obter a cura,

---

<sup>27</sup> Subespecialidade da urologia que diagnostica e trata os tumores malignos (câncer) do trato genitourinário.

<sup>28</sup> Subespecialidade da urologia que estuda, avalia e trata a saúde masculina, com ênfase na função sexual masculina.

<sup>29</sup> Subespecialidade da urologia que diagnostica e trata as doenças referentes ao controle do sistema nervoso central sobre o sistema geniturinário.

ainda que não a consiga. (...). O médico não se compromete a curar, mas a proceder de acordo com as regras e modelos da profissão”.<sup>30</sup>

Em seguida à revolução científica, é notório que a medicina adquiriu uma complexidade ímpar, por sua capacidade de manejar um repositório volumoso e progressivo de conhecimento teórico-prático. Por isto, foi necessária uma divisão de trabalho por áreas de entendimento. Em complementação, Machado (1997) elucida que o processo de especialização e subespecialização é decorrente dessa nova ordem de racionalização e, em paralelo, as inovações tecnológicas transformam-se em impulsos da criação de especialidades.

Vale considerar a descrição de Machado (1997), baseada em estudos de Díaz-Jouanen, que classificou as especialidades médicas de acordo com o grau da relação médico-paciente: as “cognitivas” (clínica médica, pediatria etc.), as “técnicas ou de habilidades” (especialidades cirúrgicas) e as “intermediárias” (cardiologia, gastroenterologia). Essas duas últimas seriam consideradas mais técnicas, por envolverem altas tecnologias de práticas terapêuticas e de diagnóstico, no sentido de que o contato com o paciente se faz em menor intensidade e qualidade social.

Machado (1997, p. 26-28) propõe uma nova classificação, onde amplia tais categorias, de acordo com “a natureza e o processo de trabalho médico”:

- a) Especialidades cognitivas, em que o médico interage com o paciente/cliente sob uma relação fundamentada no raciocínio clínico e no aporte de exames complementares. Trata-se do exercício de uma medicina mais artesanal, de ausculta propedêutica e de “médico-aconselhador”. Exemplos: clínico geral, psiquiatra, pediatra, cardiologista, geriatra, homeopata etc.;

---

<sup>30</sup> Em complementação, segundo Kfoury (2010, p. 74-75): “o médico não tem o dever de curar, ou mesmo de acertar sempre”. “A obrigação médica é, no entendimento da Justiça, de meio e não de resultado, salvo no caso das cirurgias plásticas e de intervenções eletivas (...) Todos os que trabalham estão sujeitos a cometer erros, e o médico, com seus múltiplos empregos, não é exceção a esta regra. O médico não é necessariamente responsável pelos problemas que venham a ocorrer com o paciente”. De acordo com Lippmann (2011, p. 21), “não é qualquer erro que obriga o médico a indenizar o cliente. A prestação de serviços, no caso, é considerada uma obrigação de meio, e não de resultado ou de fim.” Isso quer dizer que o trabalho do médico deve ser avaliado quanto aos meios e critérios empregados, ou seja, se a técnica empregada tem respaldo científico, se foram solicitados os exames recomendados pela literatura médica, se as visitas ou consultas foram realizadas com a frequência necessária. Em geral, o médico só é condenado se empregar técnicas não reconhecidas no meio científico, inadequadas, ou se for imprudente. Portanto, o resultado visado, ou seja, a cura e o bem-estar do paciente, não é algo que pode ser exigido ou cobrado do médico.

- b) Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades, em que a relação médico-paciente se faz em menor amplitude do que a anterior. O conhecimento técnico adquire o protagonismo e os processos de abordagem obedecem a processos burocratizados, protocolares e processuais. Geralmente, suas intervenções (cirúrgicas) exigem tecnologias sofisticadas de diagnóstico e equipes são formadas para o atendimento multidisciplinar do paciente. Exemplos: cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia torácica, neurocirurgia etc.;
- c) Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas, em que a relação médico-paciente é substituída pela relação coletiva, com impessoalidade. São especialidades frequentemente exercidas no meio urbano, responsáveis pelo planejamento de saúde coletiva (epidemiologistas, sanitaristas). Por exemplo, administração hospitalar, médicos do trabalho, do trânsito, patologistas, radiologistas;
- d) Especialidades intermediárias são aquelas que atuam no espaço entre a base cognitiva da clínica e as habilidades técnicas (cirurgia). Tais especialidades transitam pelos dois segmentos da medicina e, geralmente, sua atividade não necessita de outras especialidades para o fechamento de diagnósticos e terapêuticas. Estão incluídos nessa categoria os urologistas, otorrinolaringologistas, oftalmologistas, ortopedistas, gineco-obstetras, anestesistas, oncologistas etc.

Segundo essa categorização, pode-se situar a urologia como uma especialidade intermediária, detentora de atributos equitativos clínicos e cirúrgicos. Entretanto, como será problematizado com maiores detalhes no capítulo 3, a especialidade cursa um trajeto, em fins do século XX, de predomínio cirúrgico, para a incorporação mais significativa da abordagem clínica, mediante o advento do primeiro tratamento da impotência por via oral (clínico).

Em conformidade com Mota e Schraiber (2013), o médico é um profissional com a capacidade de atuar em duas frentes no território social: por um lado, ser intelectual de um saber científico específico e, por outro, ser criador de elementos simbólicos sobre seu afazer laboral. No âmbito da história, é necessário inseri-lo em um contexto mais amplo, para além da cronologia de avanços científicos, ou seja, vislumbrá-lo em cenários culturais, políticos e de embates corporativos.

Para compreender como a urologia se constrói como especialidade no Brasil, vale exemplificar que a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) foi fundada na cidade do Rio de Janeiro, em 1926. Abaixo, segue uma narrativa extraída da obra “A urologia através da história, 1926-2011” (SBU, 2011):

Na história da Medicina brasileira, encontram-se referência de teses e trabalhos sobre vias urinárias, todavia, a quase totalidade dos médicos era composta de cirurgiões gerais, sendo alguns deles com certa preferência pelos problemas do aparelho urinário. Desse modo, havia ainda certas reservas à implantação de uma sociedade de Urologia.

Mesmo com os empecilhos impostos pelo caminho, Estellita Lins dedicou meses de diálogo para convencer importantes nomes da Medicina brasileira da época a aderirem a sua ideia. Conseguindo reunir alguns colegas urologistas e cirurgiões, realizou-se em 3 de maio de 1926 a primeira sessão preparatória para se fundar uma sociedade brasileira de Urologia (SBU, 2011, p. 17).

O discurso da sociedade médica traz incerteza, embate e certa resistência dos pares, visto que, no momento da fundação, ainda parece haver tensões (de poderes?) e um grupo de médicos receosos de assumir uma nova especialidade cirúrgica: a urologia.

Por outro lado, faz-se necessário realizar um diálogo com o cenário da medicina paulista no início do século XX. Mota e Schraiber (2009) descrevem que o percurso da medicina brasileira, vislumbrado a partir das elites médicas paulistas, apresentou três fases evolutivas, sob o ângulo da ciência e do corporativismo, desde a década de 30. Denomina-se a primeira de “clínica”, visto que, nessa etapa, tal termo advinha das faculdades médicas pioneiras fundadas no Brasil Império, em 1832, no Rio de Janeiro e em Salvador. Em seguida, o Instituto de Manguinhos e o Butantan são criados, no início do século XX, e inauguram o período chamado de “experimental”. E, o último momento, iniciado em 1931, traz o “período universitário”, decorrente da implantação de um novo formato no ensino médico universitário.

Para exemplificar a efervescência científica, já presente no final do século XIX, Baroni (2009, p. 76-77) descreve várias publicações médicas, algumas efêmeras, que aparecem no cenário acadêmico, em São Paulo. Em destaque, alguns periódicos: “Revista Médica de São Paulo” (1889); “Boletim Mensal de Estatística Demógrafo-Sanitário” (1894); “Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo”; “Coletâneas de trabalhos do Instituto Butantan” (1901); Textos de fisiopatologia renal

publicados no periódico “Annaes Paulista de Medicina e Cirurgia” (1913 a 1933); “Revista de Ginecologia e de Obstetrícia” (1907) e os “Arquivos da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo” (1910).

A urologia brasileira, com representatividade corporativista e regulamentadora, sob o modelo de sociedade médica, surge no final da década de 30, em um lapso de “transição” do médico generalista para o especialista, entre as políticas de sanitarismo urbano (em São Paulo e Rio de Janeiro, por exemplo), predominante nas décadas de 10 e 20 e a chegada de um modelo norte-americano de educação médica, bancado pela filantropia científica da Fundação Rockefeller, inspirada na Escola de Higiene Johns Hopkins, na cidade de São Paulo (MARINHO, 2005). Nesta última, o alvo da fundação é a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo<sup>31</sup>, onde ocorre a reorganização do curso de medicina e se prioriza o ensino em tempo integral, a criação de departamentos que englobavam as diversas disciplinas, ensino associado à pesquisa, além da criação de uma estrutura hospital-escola, tendo a clínica e a cirurgia como os principais redutos acadêmico-práticos (MARINHO, 2005; PEREIRA NETO, 2001). O objetivo principal era proporcionar um ambiente de ensino baseado na pesquisa de excelência, onde a medicina, predominantemente clínica (empírica), daria lugar ao conhecimento científico com método (MARINHO, 2005). De acordo com Mota e Schraiber (2013), tal transformação se deu na passagem do modelo educacional superior médico europeu para o norte-americano, sustentado pelo incentivo de políticas do governo federal varguista.

Importante citar o evento médico denominado Congresso Nacional dos Práticos, realizado em 1922, onde ocorreram embates entre várias práticas médicas e curadoras vigentes na época (PEREIRA NETO, 2001). A disputa de grupos de médicos que tratavam de impor suas disciplinas no currículo médico das faculdades de medicina demonstrava a existência de interesses corporativos, de valorização e de reconhecimento das várias especialidades médicas (PEREIRA NETO, 2001).

Em paralelo, até os anos 30, o modelo de medicina era assistencial, liberal e individualizante de consultório. O conhecimento abrangia todo o indivíduo, não se restringindo a uma parte do organismo ou grupo de doenças. O saber do médico generalista ou cirurgião geral originava-se de sua prática médica, conquistada por

---

<sup>31</sup> Posteriormente denominada Faculdade de Medicina e, em 1934, anexada à Universidade de São Paulo.

muitos anos de trabalho (PEREIRA NETO, 2001). Gradativamente, esta medicina de caráter holístico, mas de baixa resolubilidade, se reorganiza, para um formato de medicina tecnológica, baseada, por um lado, na pesquisa e evidência científicas e, por outro, sustentada pela assistência médica empresarial e estatal (MOTA; SCHRAIBER, 2013). Nesse âmbito transicional, os conflitos no interior da classe médica se fazem presentes (MOTA; SCHRAIBER, 2009).

Foi nesse recorte temporal de profundas mudanças entre os “antigos generalistas” e os “novos especialistas” (PEREIRA NETO, 2001) que a Sociedade Brasileira de Urologia é criada no Brasil. Por conseguinte, a urologia inicia seu percurso de reafirmação e demarcação de território, predominantemente técnico-assistencialista, como especialidade originada a partir da cirurgia geral.

Vale mencionar Mota e Schraiber (2013), para assinalar o aparecimento da “especialidade”:

É nesse contexto que surge a “especialidade” como deflagradora de políticas na pesquisa, na prática clínica e sanitária, reorganizando instituições de caráter científico, médico-assistencial e profilático-sanitário. A marca mais generalista do profissional foi paulatinamente superada por ela, mais técnica e específica, com um profissional apto à assistência médica nos centros urbanos e rurais e com novas formas de produção social de serviços na esfera da saúde (MOTA; SCHRAIBER, 2013, p. 841).

Simultaneamente, de acordo com Braga (1981, p. 71, *apud* MOTA, SCHRAIBER, 2009, p. 351), a organização governamental varguista delineava-se em direção à centralização de políticas de saúde sustentadas pelo Estado, cuja medicina previdenciária, com o surgimento dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), tornava os serviços médicos menos liberais, mais técnicos e especializados e, também, mais atrelados às demandas quase que exclusivamente dos centros urbanos, como por exemplo em São Paulo ou Rio de Janeiro.

Em 1931, outro evento médico, o 1º. Congresso Médico Sindicalista Brasileiro, sedimenta ainda mais as discussões sobre a especialização médica, o englobamento das instituições médicas pelo Estado e as estratégias corporativas de sobrevivência e reafirmação médicas. Seguem alguns exemplos de temas inclusos no congresso, citados por Mota e Schraiber (2009, p. 351): o conceito de especialidade, ética profissional, liberdade profissional, doenças profissionais, seguro médico,

charlatanismo, honorários médicos, anúncios médicos e farmacêuticos etc. Destaca-se que a preocupação dos profissionais transcorre por diversos temas e interesses, no sentido geral de definir, estabelecer e delimitar a profissão médica dentro de um corporativismo notadamente estruturado e regulamentado.

Por fim, para ilustrar como a especialidade urológica inicia seu trajeto como estopim para políticas corporativas nas áreas da pesquisa científica, da clínica e da cirurgia, segue o enunciado de Temas Oficiais do 1º. Congresso Brasileiro de Urologia, realizado em 1935, no Rio de Janeiro: “Problemas de urologia tropical; Cirurgia endoscópica da próstata e Importância social das infecções genitais masculinas” (SBU, 2011, p. 33). Nota-se que tais temas discursivos refletem, de certa forma, a preocupação com a profilaxia e a realidade sanitária do país (“urologia tropical”), com os avanços de tecnologias e pesquisas (“cirurgia endoscópica”) e, finalmente, com saúde coletiva e social do homem (“importância social das infecções”).

## 1.2 A mídia expressa sua impotência

“Impotência é um pênis que não faz o que lhe é solicitado”<sup>32</sup>. Esta “definição”, um tanto anedótica, está descrita na matéria de capa intitulada: “Quem tem medo da impotência?” A mídia provocadora e transgressora dos anos 70, representada pela Revista *Realidade*<sup>33</sup>, traduz a angústia dos homens que possam apresentar, eventual ou cronicamente, a condição de impotência e terão que, um dia, se deparar com este fracasso sexual. Dada a condição científica da época, na qual ainda não havia sido desenvolvido nenhum fármaco que tratasse a impotência, a matéria não cita nenhum tratamento, somente este comentário, do colunista social Ibrahim Sued: “Se a máquina está rateando, o pior conselho que se pode dar é ficar remoendo. O negócio é ir em frente que os bons dias voltam”.

Com o propósito de realizar uma concisa teorização da(s) masculinidade(s) e diferenciá-la(s) de virilidade, esta matéria da *Realidade*<sup>34</sup> foi selecionada propositalmente, visto que o tema impotência é nomeado na capa da publicação

<sup>32</sup> Fonte: REALIDADE. Quem tem medo da impotência? São Paulo: Editora Abril, ano 8, n. 85, p. 33, abr. 1973.

<sup>33</sup> Fonte: REALIDADE. Quem tem medo da impotência? São Paulo: Editora Abril, ano 8, n. 85, p. 30-34, abr. 1973.

<sup>34</sup> Fonte: REALIDADE. Quem tem medo da impotência? São Paulo: Editora Abril, ano 8, n. 85, p. 30-34, abr. 1973.

(Figura 2), no início dos anos 70, quando o homem coloca em dúvida alguns referenciais de masculinidade.

Figura 2 – Capa da Revista *Realidade*, 1973.



Fonte: REALIDADE. Quem tem medo da impotência? São Paulo: Editora Abril, v. 85, p. 30-34, 1973.

Aliás, conforme visto na capa da revista, a imagem do corpo masculino como uma “máquina” que não pode falhar e deve “funcionar” retira dos homens a possibilidade de ser outra coisa para além de um mecanismo alheio a qualquer volteio de sensibilidade humana.

Ressalta-se que a revista *Realidade* é uma publicação da Editora Abril<sup>35</sup> e tornou-se um verdadeiro ícone do jornalismo brasileiro, tanto para os profissionais da imprensa, como para os pesquisadores do efervescente cenário cultural brasileiro, por meio de seu formato e de sua cobertura de diversos temas (FARO, 1999). O autor a descreve:

A revista *Realidade* é encarada aqui como um modelo de vinculação entre a produção do texto jornalístico e o conjunto das manifestações políticas e culturais vividas no período estudado, no Brasil e no exterior. Isto é, o caráter verticalizado adquirido pelas reportagens de *Realidade* guardou estreita relação com o discurso transgressor produzido em meados dos anos 60 e que abarcou, em sua formulação, a ordem dos valores burgueses conservadores, a ordem do Estado e a ordem da estrutura social (FARO, 1999, p. 4).

<sup>35</sup> A revista foi lançada em 1966 e permaneceu 10 anos ininterruptos no mercado midiático no Brasil.



Conforme Faro (1999), tal publicação foi concebida para espelhar, em profundidade, os movimentos da vida social. Ela foi muito além de seu papel de publicar matérias e informar, pois, habilmente, traduziu os significados dos anos 60 e 70, em que a informação criada em um formato global se tornou “ela própria, uma categoria de análise do cotidiano” (FARO, 1999, p. 5).

Em acréscimo, vale citar a historiadora Núcia de Oliveira (2007), que considera as revistas como depositórios de narrativas e imagens que espelham “modelos” da sociedade, sendo produtoras e, também, produtos. Nelas, são representados códigos, valores, comportamentos, que se traduzem como uma ferramenta de educação e de criação de subjetividades entre homens e mulheres (NECKEL, 2004; VOKS, 2019).

Para introduzir o tema masculinidades a partir da problemática da impotência, vale considerar algumas narrativas da matéria da *Realidade*<sup>36</sup>, que tratam de apresentar o livro “A nova Impotência” do psiquiatra norte-americano, Dr. Ginsberg. Ele defende que os homens se tornam mais impotentes porque estão perdendo a virilidade, ao se perceberem como “homens objetos” de “novas mulheres” (p. 32). Acredita que há uma “inversão de papéis tradicionais”: “o papel passivo da mulher vitoriana é o papel passivo do homem dos anos 70” (p. 32), e acrescenta: “Expectativas da mulher americana evoluíram nos últimos 20 anos, de forma a levar a virgindade à aposentadoria e o orgasmo à beatitude” (p. 32). Outro trecho da narrativa afirma: “as mulheres como causadoras desse estado de subversão” (p. 32); porém, o psiquiatra não culpa as mulheres pela “nova impotência”, e vai mais além: “A impotência não é um problema de libertação da mulher, mas sim da maneira como o homem vê a coisa e das pressões a que ele passou a ser submetido” (p. 32).

Em vista desses recortes discursivos, vale inserir alguns questionamentos: o discurso imagético da capa representa como o homem, no início dos anos 70, se sente diante da impotência: nu, frágil, com medo e atônito mediante o possível fracasso do seu membro viril? Este homem, diante da “nova mulher” citada na matéria, encontra-se em crise de masculinidade? Por que seus referenciais tradicionais de masculinidade e de virilidade podem ser colocados em dúvida e se expressarem através da impotência?

---

<sup>36</sup>Fonte: REALIDADE. Quem tem medo da impotência? São Paulo: Editora Abril, v. 85, p. 30-34, abr. 1973.

Para tratar de responder tais questões, será apresentado um panorama das importantes alterações da masculinidade e das representações de gênero no mundo e no Brasil, entre os anos 60 e 90, período anterior ao lançamento do Viagra® (1998). No fechamento, algumas considerações sobre a diferença entre masculinidade e virilidade e seu elo com a impotência.

Como definir “masculinidade”? Robert Connell (1995) apresenta o seguinte entendimento:

A masculinidade é uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero. Existe, normalmente, mais de uma configuração desse tipo em qualquer ordem de gênero de uma sociedade. Em reconhecimento desse fato, tem-se tornado comum falar de “masculinidades” (CONNELL, 1995, p. 188).

O autor desmembra alguns dos termos para aprofundar tal definição, no sentido de que, quando se refere a uma configuração de prática, considera que ela é constituída por ações que os sujeitos realizam e não o que se espera ou se imagina que possam fazer, e acrescenta que a ação embute uma racionalidade e um significado histórico; porém, nem toda prática é racional<sup>37</sup>. Quanto à posição dos homens, Connell (1995) afirma que a masculinidade engloba conexões sociais e os corpos masculinos se traduzem como “homens” adultos.

Quanto ao gênero, Connell (1995) descreve o seguinte:

O gênero é, nos mais amplos termos, a forma pela qual as capacidades reprodutivas e as diferenças sexuais dos corpos humanos são trazidas para a prática social e tornadas parte do processo histórico. No gênero, a prática social se dirige aos corpos. Através dessa lógica, as masculinidades são corporificadas, sem deixar de ser sociais. Nós vivenciamos as masculinidades (em parte) como certas tensões musculares, posturas, habilidades físicas, formas de nos movimentar, e assim por diante (CONNELL, 1995, p. 189).

De certa forma, o autor traz o gênero para o lugar da interação dos corpos na experiência da prática social, inserida num âmbito histórico e, quando faz tal afirmação, acaba por considerar que há uma corporificação das masculinidades

---

<sup>37</sup> O autor entende que não são atos “racionais” o assédio sexual, o estupro ou o espancamento de mulheres; porém, a violência sexual não deve ser interpretada como explosão desatinada de fúria.

embutidas no viver social. As masculinidades podem ser percebidas e vivenciadas através e pelo corpo e, neste ponto, pode-se retornar à imagem da capa da *Realidade*: o corpo masculino *in natura* “tenso e surpreso”, mediante o vislumbre de um “comportamento insatisfatório do pênis”.

Em acréscimo, para o sociólogo Pedro Paulo Oliveira (2004, p. 13), “a masculinidade é um espaço simbólico de sentido estruturante que modela atitudes e comportamentos”. Conclui-se que a masculinidade é construída ao longo do tempo, a partir de discursos, comportamentos e atuações culturais repetidas e reforçadas no âmbito social.

Em contrapartida, Connell e Messerschmidt (2013, p. 250) criticam a definição de masculinidade, pois foi aprisionada a um entendimento heteronormativo de gênero, que reduz a uma “diferença macho-fêmea e ignora a diferença e a exclusão dentro das categorias de gênero”. A masculinidade permanece atrelada a uma dicotomia, no âmbito biológico (sexo) versus o cultural (gênero).

As masculinidades podem ser consideradas mudanças advindas de questionamentos direcionados aos homens, simultaneamente ao aparecimento de teorias e movimentos gays e lésbicos, que também as problematizaram. Em paralelo, o mesmo ocorreu com o surgimento do feminismo, vinculado às suas teorias propostas (MONTEIRO, 2013).

Os *men's studies*<sup>38</sup>, apesar de modestos em número desde a década de 50 e 60, ganharam relevância e produção a partir da década de 70 e 80 e foram os pioneiros em reflexões teóricas (pesquisas realizadas, por exemplo, nos espaços de socialização masculinos), baseados por estudos feministas e gays sobre as práticas de gênero (PLECK, 1981). Nasceram, em parte, atrelados à percepção do pensamento feminista contemporâneo, além de serem um meio de análise e combate à violência (CONNELL, 1993.), e também de reflexão da própria existência masculina, visto que eram escritos por homens (BOTTON, 2007). Os estudos contribuíram para repensar as masculinidades atuais e históricas, no sentido de compreender os significados das relações de gênero na sociedade (MONTEIRO, 2013; CARRIGAN; CONNELL; LEE, 1985).

---

<sup>38</sup> Desenvolvidos principalmente nos Estados Unidos, Inglaterra e Austrália.

Segundo Monteiro (2013), os estudos de masculinidades não focalizaram suas reflexões na ideia redutora de que gênero se relaciona apenas com o universo das mulheres, mas trataram de entender como se dão as relações entre homens e mulheres. Em acréscimo, o gênero deveria ser problematizado para além de sua constituição biológica definitiva, ou seja, o sexo. Diante disso, o gênero seria alçado à essência da compreensão do mundo. Por e com ele, o gênero transpassaria todas as ações e comportamentos humanos.

Além da bibliografia internacional, que ajuda a repensar e elaborar um discurso crítico sobre gênero e desigualdades, autores brasileiros também têm se ocupado de compreender a realidade local. Os primeiros estudos sobre masculinidades são realizados no Sul e Sudeste, nas áreas de Antropologia (UFSC) e Psicologia Social (PUC-SP), na década de 90. Eles começam a estudar o homem moderno, jovem e adulto e suas relações com o trabalho, as mulheres, seus corpos, a reprodução e a sexualidade (ADRIÃO, 2005). Outros estudos seguem na busca do entendimento por meio da inter-relação de representações masculinas na sociedade e na história brasileiras, com foco na violência, dentre outras representações masculinas na sociedade associadas à virilidade (MONTEIRO, 2013; NOLASCO, 1993; SCHPUN, 2004).

Um tema a ser destacado é a “crise de masculinidade”, que se estabeleceu, inicialmente, depois da década de 60, e com crescente impacto a partir da década de 90, decorrente da interpretação de alguns autores sobre mudanças de referências masculinas, antes fixas, que começaram a ser questionadas, no sentido de que prevaleceriam as incertezas sobre o que é ser homem ou mulher no pós-feminismo contemporâneo. Críticos chamam este último período de “masculinização da mulher”. (MONTEIRO, 2013; BADINTER, 1993). Outros estudos qualitativos de cunho psicológico trouxeram teses sobre o sofrimento masculino, perante a violência usada como forma de construir identidades e supremacia sobre os gêneros (BOTTON, 2007). Junto com esse “sentimento de culpa”, há a percepção de fragilidade do homem, frente ao esforço constante de construção social da virilidade. Ou seja, inicialmente, a “crise de masculinidade” se instalou em tais bases teóricas de questionamentos.

Vale citar Elisabeth Badinter (1993), sobre a crise que se instala em um homem angustiado e inseguro com a construção de sua própria identidade:

A década de 1970, que vê nascer os primeiros trabalhos científicos sobre masculinidade, tem o tom da paixão que sempre acompanha as denúncias. Há uma espécie de alegria excessiva em questionar a norma e mostrar todas as contradições a que ela submete o macho humano. Mas ao prazer da denúncia e da destruição do modelo sucedeu, nos anos 80, um período de incerteza carregada de angústia. Mais do que nunca o homem é um problema a ser resolvido, e não algo dado (BADINTER, 1993, p. 5).

Monteiro (2013) faz um questionamento pertinente, no sentido de que tal debate não se insere completamente na historiografia sobre a masculinidade, visto que, de acordo com Badinter (1993), as “crises de masculinidade” aparecem desde o século XVII. A ideia de “crise” atual, apesar de atraente, pode ser reducionista e confusa, ao contrário de ser elucidativa, no que tange a complexa relação mutante entre homens e mulheres, na espacial-temporalidade do fenômeno (MONTEIRO, 2013). A construção da masculinidade se dá, por consequência, em uma sucessão de crises, como em um movimento líquido reativo, que se depara com questionamentos, mudanças relacionais, conjunturas sócio-político-culturais diversas.

Através da ideia de “sucessão de crises”, cabe a pergunta: “Afim, a masculinidade está em crise ou ela é uma crise ininterrupta?” Ramos (2000) lança a proposição de que o masculino é um gênero que atravessa o processo histórico da humanidade “em estado de crise permanente e endêmica na sociedade patriarcal” (GOMES, 2003, p. 827). Portanto, a masculinidade é algo dinâmico e líquido, cuja busca pela conquista é contínua. O autor provoca, afirmando que as aquisições feministas, mais do que deflagrarem a crise de masculinidade, a colocaram num patamar superior de visibilidade.

No Ocidente, a primeira crise de masculinidade ocorreu entre 1650-1660, na França, e em 1688-1714, na Inglaterra da Restauração. O questionamento francês das “preciosas feministas” abordava maternidade e obrigação do casamento. Em resposta, os homens da elite acatam as críticas e mudam seu “comportamento” para mais “efeminados” e “requintados”; na Inglaterra, a reação foi semelhante (MONTEIRO, 2013). No intervalo de 1871 a 1914, outra crise despontou, com questionamentos semelhantes à primeira. Entretanto, o movimento das mulheres, que já se autodenominam feministas, ocorre no âmbito da modernização dos meios de produção na Revolução Industrial. Tais mulheres, pouco a pouco, incrementam suas reivindicações por direitos igualitários e por privilégios sociais e, assim, os

questionamentos colocam em xeque o papel tradicional masculino. Por sinal, a virilidade expressa pela força física no trabalho braçal vai sendo substituída pela organização fordista de produtividade, inserida em um meio cada vez mais urbanizado e industrializado (MONTEIRO, 2013). Vale comentar que, na virada do século, as reivindicações não se apresentam tão diferentes de outras mais recentes: casamento em crise e como único destino feminino de realização, divórcios elevados, novos hábitos urbanos etc. Os homens críticos nomeiam o movimento feminista como “masculinização da mulher”, enquanto os homens antimachismo são considerados efeminados e “menos homens” (MONTEIRO, 2013).

Para introduzir a segunda onda do feminismo até o movimento gay, nos anos de 1960 a 1970, vale inserir o comentário de Badinter (1993, p.11): “Longe de ser pensada como absoluta, a masculinidade, atributo do homem, é relativa e reativa. Tanto que, quando a feminilidade muda – em geral, quando as mulheres querem redefinir sua identidade - a masculinidade se desestabiliza”. A atual crise de masculinidade tem suas origens no ressurgimento dos movimentos feministas dos anos 60, questionadores de “novos formatos” sociais, profissionais, sexuais e culturais. Os homens reagem, por um lado, se unindo às mulheres contra o machismo e criam novas possibilidades de masculinidades, com menos violência e hierarquia (MONTEIRO, 2013).

Os primeiros estudos sobre masculinidades surgem nesse contexto da contracultura. De acordo com Oliveira (2004) e Voks (2019), tais estudos, nesse início, objetivavam provocar a consciência masculina em relação às forças sociais limitativas sobre o comportamento do homem e, de acordo com as pesquisas, provocariam repercussões ao corpo e à mente. Diante de mudanças sociais e culturais, como a introdução em peso da mulher no mercado de trabalho e na educação, homens se questionaram sobre como os papéis dos gêneros, as relações hierárquicas e formatos profissionais impactariam em casamento, família, relacionamentos, sexo. Segundo Vaitsman (1994), o modelo de família moderna, cujo provedor dominante é o homem, se dissolve, mais dramaticamente nas classes baixas do que nas altas, no final dos anos 60 (MONTEIRO, 2013). Apesar de o homem perder o lugar de chefia no âmbito familiar, sua posição de privilégio é mantida, ainda que parcial. A mulher, por sua vez, se afasta do espaço doméstico, trilha outros percursos independentes profissionais e educacionais, em um exercício de rompimento da feminilidade doméstica clássica.

Quando se volta para a capa e a matéria da revista *Realidade*<sup>39</sup>, as narrativas imagéticas e textuais seguem no sentido de representar, ao menos no âmbito da vivência da sexualidade, a “crise de masculinidade” dos anos 70: um homem frágil, amedrontado, passivo, vítima, que se coloca como “objeto” de uma “nova mulher”, agressiva e intimidadora na busca do prazer. Há ausência de qualquer discurso sobre a feminilidade; porém, a representação de uma mulher fortalecida e decidida se faz, em contraposição ao corpo masculino nu e confuso, em busca de sua *performance* sexual.

É importante agregar um comentário de Sant’Anna (2000a), que destaca o ressurgimento do corpo posteriormente às “agitações” sociais da década de 60. Segundo a autora, surgiu um movimento de culto ao corpo, um “corporeísmo”, em diversos âmbitos – ciência, mídia, política e arte –, alavancado pelos jovens, na sua busca pela liberação sexual. A reivindicação pela quebra de tabus, carregados de antigos pudores, em especial na sexualidade, dá seus primeiros passos, e isto pode ser vislumbrado nas linhas e entrelinhas da matéria da *Realidade*<sup>40</sup>. Ademais, a inquietação na busca de saúde e bem-estar corporal também se faz presente. Sant’Anna (2000a) afirma:

[...] depois dos movimentos de liberação da década de 60 [...]. Valorizava-se o corpo cada vez mais amplamente, como se ele tivesse sido descoberto pela primeira vez e se tomasse tão importante como outrora havia sido a alma (SANT’ANNA, 2000a, p. 51).

Em adição, no final da década de 70, o movimento gay torna-se mais visível e suas reivindicações tratam de conquistar legitimidade para o “amor entre pessoas do mesmo sexo”, conforme afirma Monteiro (2013), quando discute a homossexualidade na revista *Ele Ela*. Aliás, segundo o autor, diferente do feminismo, que era aceito, a publicação tratava o homossexualismo como “desvio” ou “doença”.

Nos anos 1980 a 1990, as masculinidades se diversificaram, no sentido de que, em revistas, o homem mais sexualizado é representado como objeto de desejo e de “consumo” por uma mulher “dona de sua vida”. Segundo Monteiro (2013, p. 352), as publicações ainda não revelam o “novo homem” (mais suave, menos machista ou

<sup>39</sup> Fonte: REALIDADE. Quem tem medo da impotência? Revista Realidade, v. 85, p. 30-34, 1975.

<sup>40</sup> Fonte: REALIDADE. Quem tem medo da impotência? Revista Realidade, v.85, p.30-34, 1975.

mais feminino). Voks (2019) assinala que o discurso de um “novo homem” não surgiu pela Revista Playboy, por exemplo, pois, na década de 70, a publicidade já delineava tal homem. No entanto, a construção deste supria as demandas de necessidades sociais e de identificações, onde o mercado buscava novos consumidores.

Por sinal, na imagem da capa da *Realidade*<sup>41</sup>, o homem representado nu, em sua expressão facial de espanto e fracasso, mostra-se, de certa forma, frágil, em uma postura “pouco viril”. Cabe um questionamento: tal imagem de masculinidade frágil e vulnerável não continuaria a ser a face oculta da masculinidade do final dos anos 90?” Além disso, no discurso da matéria, o fracasso do homem não deve ser atribuído à libertação da mulher, “mas sim da maneira como o homem vê a coisa e das pressões a que ele passou a ser submetido” (p. 32). Ou seja, no imaginário masculino, são as mulheres que vão exigir mais sexualmente deles, e, por conseguinte, a pressão e a comparação por desempenho provocam “falhas” nesse homem dos anos 70.

Quanto às novas formas de representar o homem, a masculinidade tradicional acabou sendo “reconfigurada”, por meio da negação completa ao feminino, valorização da força, iniciativa, virilidade e da diferenciação do homossexual (MONTEIRO, 2013). Contudo, a antiga masculinidade hegemônica ainda permeia o surgimento desse “novo homem”. Em publicações, como na revista *VIP*, tal homem, sempre heterossexual, é representado com teor mais erotizado, sendo capaz de cuidar da saúde, do corpo e de se embelezar, para tornar-se mais atrativo em relacionamentos com as mulheres (MONTEIRO, 2001).

Ao longo dos anos 90, a homossexualidade (e o homem efeminado), apesar de mais tolerada, deve permanecer em posição oposta ao homem heterossexual (VOKS, 2019). Por que não inferir que o “gay moderno”, de certa forma sutil, “transmite à distância”, ao “novo homem”, um “modelo” de preocupação com o corpo, a beleza, a moda, enfim, com o consumo ampliado por tais cuidados? Deve-se ressaltar que, apesar de ser um “novo” homem, medos antigos ainda permanecem, como o desaparecimento do “homem com H”, a presença da impotência ou de transparecer uma “masculinidade frágil”.

As masculinidades mais do que reconfiguradas, se recontextualizam em um espaço sociocultural nem tão antigo, nem tão novo, segundo Monteiro (2013).

---

<sup>41</sup>Fonte: REALIDADE. Quem tem medo da impotência? Revista Realidade, v. 85, p. 30-34, 1975.



Entretanto, acrescenta-se que essa nova masculinidade pode até sofrer “remodelagens” de forças advindas do âmbito médico-farmacêutico. No final da década de 90, a virilidade desse “novo homem” é objeto de vigilância e de consumo da saúde do corpo masculino por meio da sexualidade: o tratamento da impotência através de uma pílula azul.

Quanto à virilidade, desde tempos imemoriais, ela se estabelece para além da masculinidade, e advém de sua porção mais elevada, perfeita e nobre: de *virtus*<sup>42</sup>, virtude, cumprimento. A *virilitas* romana, cujo termo é originário, encarna o modelo de homem com qualidades sexuais de progenitor, marido ativo, poderosamente instalado na sociedade, mas também vigoroso, equilibrado, íntegro e corajoso. Ser viril não é simplesmente ser homem, masculino, mas representar e viver um ideal que mescla “força e virtude, segurança e maturidade, certeza e dominação” (VIGARELLO; CORBIN; COURTINE, 2013, p. 7). Desde o princípio de sua construção histórica, a virilidade está interligada à busca pela perfeição, que oscila entre o impulso sexual físico e a temperança psicológica, o vigor da força corporal à força moral. Porém, esta tradição austera é ameaçada constantemente pela deficiência, falha ou fracasso.

Vale complementar, com Pierre Bourdieu (2010):

O privilégio masculino é também uma armadilha, que impõe a cada homem o dever de se afirmar, em qualquer circunstância, a sua virilidade [...] A virilidade, entendida como capacidade reprodutiva, sexual e social, mas também com aptidão para o combate e para o exercício da violência, é antes de tudo uma carga. Tudo concorre para fazer o ideal da impossível virilidade o princípio de uma imensa vulnerabilidade (BOURDIEU, 2010, p. 75).

Conforme descrito, o final do século XX impeliu a virilidade (e a masculinidade) para um espaço de intensa agitação e incerteza, fazendo surgir um paradoxo contemporâneo: a força, a dominância, a autoridade passaram a ser vislumbradas como fraqueza, vulnerabilidade, além de altamente contestáveis (COURTINE, 2013, p. 11). Do exercício do vigor sexual ideal à vergonha e medo da impotência, o modelo de virilidade, na verdade, se fundou no binômio: força física – potência sexual e coragem – autodomínio. O autor observa que, na virada para o século XX, os homens

---

<sup>42</sup> Segundo Vigarello (2013, p.11) : “O termo latino *vir* estabelecerá por longo tempo em inúmeras línguas ocidentais, *virilita*, virilidade, *virility*: princípios de comportamentos e de ações designando, no Ocidente, as qualidades do homem concluído, dito outramente, o mais “perfeito” do masculino.”

não eram instigados a serem “masculinos”, mas viris e “homens de verdade” e, se o “masculino” tomou o lugar do viril, é porque o cenário mudou de forma significativa no “império do macho” (COURTINE, 2013, p. 9). Sugere-se que a vulnerabilidade corporal, atingida pelas transformações sociais, políticas e culturais Pós-Segunda Guerra Mundial, acabou por ser traduzida pela falta de potência sexual, acrescida ou não de falha moral.

Cabe uma reflexão: “o mal-estar e a fragilidade masculina, descritos na literatura ocidental e que chegam aos consultórios, podem ser traduzidos pelo medo ou rejeição à mulher e manifestados pela impotência e homossexualidade-refúgio?” A seguinte frase conclui: “Sendo a atividade sexual normal considerada como prova de masculinidade, tratar as perturbações sexuais é tratar as questões de identidade de gênero...” (BADINTER, 1993, p. 130). O homem encontra-se em uma verdadeira encruzilhada de mutilação: ou ele elimina sua feminilidade ou decepa sua virilidade. Será possível alcançar um “meio termo”? Como afirma Badinter (1993, p. 130), o homem impotente não é tão somente aquele que está “privado do seu órgão sexual, símbolo da virilidade, mas aquele que tem o órgão, mas não consegue se servir dele. É o homem que fracassa no desejo e na posse de uma mulher”.

Para finalizar, a autora sugere que, para provocar uma ruptura da identificação entre desempenho sexual e masculinidade, é fundamental ter a capacidade crítica de separar a sexualidade do sentimento de virilidade. Ela acrescenta: “A confirmação da masculinidade não é obrigatoriamente um pênis ereto” (1993, p. 129). Entretanto, conforme será problematizado nas fontes, dentro do contexto da impotência sob as três dimensões (medicina, indústria farmacêutica e mídia), tal afirmação é questionável, em especial, para a virilidade.

### **1.3 Indústria farmacêutica e a medicalização da saúde: o exemplo de percurso do laboratório Pfizer**

Medicalização e indústria farmacêutica são um binômio indissolúvel, independente do significado que se considera para o ato de medicalizar. Sua relação, mais do que simbiótica, é gestada desde os primeiros laboratórios farmacêuticos, originários das boticas, até a formação de grandes grupos multinacionais, as *Big*

*Pharmas*. Contudo, é importante introduzir algumas considerações sobre o termo medicalização, que se encontra ainda em reflexão na literatura.

Na década de 70, no campo da sociologia da saúde, Irving Zola, Peter Conrad e Michel Foucault iniciam suas discussões sobre o progressivo avanço da medicina em diversas áreas, que antes não detinha influência (FOUCAULT, 1977; CONRAD, 2007). Para Foucault, por exemplo, a medicalização é um dispositivo do exercício da biopolítica, com o objetivo de produzir ações através dos tratamentos médicos sobre os corpos (FOUCAULT, 1977).

A medicalização, em um âmbito ético positivo, por exemplo, se dá quando uma doença é identificada e alocada em uma categoria diagnóstica e, posteriormente, são estudados seus mecanismos fisiopatológicos<sup>43</sup>, com o intuito de compreender seus impactos e evolução sobre os corpos, além de buscar e descobrir tratamentos (CAMARGO JUNIOR, 2013). Por conseguinte, a medicalização se insere em um contexto de prescrição pela classe médica de medicamentos que irão curar ou aliviar os sinais e sintomas de uma doença ou patologia. Por outro lado, Conrad (2007) introduz outra definição operacional e descreve a medicalização como um processo que transforma “problemas não médicos ou problemas da vida” (ou “de saúde”) em “problemas médicos”, geralmente denominados de transtornos ou doenças” (CAMARGO JUNIOR, 2013).

Entretanto, esses conceitos de medicalização e biopoder serão expandidos e discutidos, especialmente a farmacologização, nos próximos capítulos, quando, gradativamente, será problematizada a introdução do Viagra® para o tratamento da impotência/disfunção erétil.

Por outro lado, para a compreensão do campo de estudos aqui pesquisado, é preciso considerar a indústria farmacêutica como produtora, na sua essência, de medicalização, situada na conjuntura econômica como um setor fortemente baseado em ciência. A utilização de tecnologia para a descoberta de novas moléculas – que poderão ou não se transformar em medicamentos para o tratamento de diversas doenças ou condições disfuncionais – é um dos seus grandes eixos, mas não o único, visto que sua abrangência e influência geralmente extrapolam a medicina e atingem

---

<sup>43</sup> São compreendidos pelas funções anormais ou patológicas de diversos órgãos, que determinam características clínicas (sinais e sintomas), a evolução e o prognóstico de uma doença.

e se conectam com a política, a economia, a sociedade, a cultura e até a história. Em vista disso, segue uma breve historicização deste setor produtivo industrial, com foco em um laboratório farmacêutico norte-americano, a Pfizer.

A farmacologia nasce como ciência moderna por meio de Oswald Schmiedeberg (1838–1921), pois, em 1872, como professor de farmacologia da Universidade de Strassburg, estudou a farmacologia do clorofórmio e do hidrato de cloral, publicando seus achados em 1878. Simultaneamente, o desenvolvimento da química orgânica moderna começa a emergir (KOCH-WESER; SCHECHTER, 1978).

Sob uma análise geral, a história da indústria farmacêutica pode ser apreciada como um processo evolutivo, em que são realizados avanços tecnológicos mediante impactos intra e extrainstitucionais. Malerba e Orsenigo (2002) dividem em três épocas principais:

- a) Primeiro período, de 1850-1945, caracterizado pelo pequeno desenvolvimento de novas drogas, mediante uma pesquisa baseada em métodos empíricos e primitivos. A Guerra Civil norte-americana, por exemplo, teve um papel importante nos EUA, na expansão da incipiente indústria farmacêutica. Foi entre os anos 1880-1930 que a produção farmacêutica assumiu o seu formato moderno (LIEBENAU, 1987);
- b) Segundo período, de 1945 aos anos 1970, foi iniciado com o desenvolvimento em grande escala da produção de penicilina durante a Segunda Guerra Mundial. Este período foi marcado pela criação de programas de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) dentro das indústrias e, como resultado, houve o crescimento rápido na introdução de novas drogas no mercado. O método utilizado para a “descoberta” de novas moléculas era a “triagem aleatória”;
- c) Terceiro período, dos anos 70 em diante, caracteriza-se pela transição para a descoberta “guiada ou direcionada” de medicamentos em que há uma metodologia de pesquisa baseada fortemente na bioquímica molecular, na farmacologia e na enzimologia<sup>44</sup>. Ou seja, com avanços notórios do conhecimento científico, a “ciência farmacológica” usufrui de “ferramentas” cada vez mais complexas para criar/desenvolver/detectar moléculas, que poderão se transformar em medicamentos. Por exemplo, a engenharia

---

<sup>44</sup> Estudo da ciência que trata da função das enzimas e sua importância na função biológica dos seres vivos.

genética na atualidade é uma das grandes vias de descobertas de novos fármacos.

Vale citar que o termo farmácia compreende todos os aspectos da preparação e o uso de medicamentos (ou drogas, remédios ou fármacos), desde a descoberta de seus ingredientes ativos até como eles são utilizados no tratamento de doenças e distúrbios orgânicos (ANDERSON, 2005). Assim, farmácia surge do grego (*pharmakon*) e origina os correlatos: fármaco, farmácia, farmacêutico, indicando tanto medicamento, como veneno. Já o termo farmacêutico, advindo de farmácia, pode designar tanto a área técnico-científica, como a profissão (MELLO, 2008).

Para contextualizar o aparecimento do laboratório Pfizer no cenário farmacêutico norte-americano, seu berço natal, vale citar que, em meados do século XIX, a indústria farmacêutica teve como origem o surgimento da produção de corantes na Alemanha e Suíça. Nos anos 1880, foram descobertos os efeitos medicinais dos corantes, além da produção de compostos químicos orgânicos. Os primórdios da indústria farmacêutica perpassam pelo conhecimento da química analítica de indústrias localizadas em territórios alemães e suíços, tais como Sandoz, Bayer, Ciba e Hoechst (MALERBA; ORSENIGO, 2002).

Daemmrich (2017) propõe a hipótese de que o nascimento da indústria farmacêutica nos EUA, a partir do século XIX, tem como objetivo a necessidade de produzir, embasada na química, no próprio território, medicamentos que construíssem a confiança e o mercado de consumo na população de pacientes, utilizando, para isto, a base de conhecimentos armazenada pelas boticas dos grandes centros urbanos. Estas, por sua vez, começam um movimento de industrialização dos métodos artesanais, por meio de equipamentos a vapor, advindos de diferentes setores de produtos, úteis para a produção em grande escala de drogas em formatos de comprimidos, xaropes e pomadas, por exemplo.

O percurso do laboratório Pfizer, denominado desde o final do século XX como uma *Big Pharma*<sup>45</sup>, tem início quando dois jovens primos, imigrantes alemães, da cidade de Ludwigsburg, Charles Pfizer, químico e Charles Erhart, confeitoiro, chegam à Nova Iorque, em 1848. Desde esse marco temporal, o laboratório norte-americano, responsável pela descoberta, pesquisa e lançamento mundial do produto Viagra®, em

---

<sup>45</sup> Termo em inglês, cujo significado abrange indústrias multinacionais líderes mundiais na área farmacêutica.

1998, percorreu um longo caminho, sob diversas conjunturas sócio-político-culturais. Aliás, o laboratório, em 1999, publicou sua história por meio de um livro intitulado *The Legend of Pfizer*, em comemoração aos 150 anos de fundação da companhia. Como curiosidade, ele foi elaborado pelo colunista, não historiador, Jeff Rodengen (1999), produtor de uma série de obras que contam a história de corporações norte-americanas (*The Legend of ...*). A história da Pfizer também é descrita pelo químico norte-americano, Joseph Lombardino, e pelos *sites* do laboratório na *web*, tanto o nacional como o norte-americano.

No início, o Pós-Guerra Civil nos EUA determinou uma “revolução organizacional”, no sentido de que novos mercados e demandas foram criados a partir das ações militares, o que propiciava novos investimentos em segmentos industriais e econômicos antes incipientes (DIVINE *et al.*, 1990). Um deles foi o reforço e expansão da nascente indústria farmacêutica (RODENGEM, 1999). Por exemplo, de 1880 em diante, a Pfizer começa a fabricar, a partir de concentrados de lima e limão importados, o ácido cítrico, que se tornou o principal produto da companhia, sustentando seu crescimento nos anos seguintes (LOMBARDINO, 2000).

A partir da década de 1890, as empresas americanas começam a ter, em seus quadros, cientistas advindos dos centros universitários localizados principalmente nas cidades de Boston, Nova Iorque e Filadélfia. Sua função se dava no controle de qualidade e, posteriormente, na pesquisa de novas substâncias químicas que pudessem se transformar em medicamentos. Entretanto, o domínio alemão na química orgânica sintética, com a produção de produtos intermediários e de “medicamentos acabados”, era completo e, então, a indústria farmacêutica norte-americana ainda importava em grande escala tais produtos (DAEMMRICH, 2017).

Esse cenário foi alterado com os bloqueios da Primeira Guerra Mundial, em que os químicos americanos foram obrigados a recriar os processos alemães para a produção de drogas, como a aspirina (analgésico), o salvarsan (antimicrobiano) e o barbitol (potente hipnótico), para abrandar os quadros de dores produzidas nas feridas de batalha, por exemplo. Outro fator que estimulou ainda mais a indústria farmacêutica americana foi a desapropriação de patentes alemãs (DAEMMRICH, 2017). A Pfizer foi pioneira, a partir de 1919, na produção em massa do ácido cítrico por fermentação, o que a liberou da dependência europeia de matéria-prima de seu principal produto.

Vale destacar que o primeiro grande salto para a Pesquisa & Desenvolvimento foi a descoberta da penicilina. Após a Alemanha invadir a Polônia, em 1939, e a Segunda Guerra Mundial irromper, o complexo industrial europeu se desestruturou. Como milhões de tropas foram mobilizadas, os ferimentos de guerra explodiram e era necessário e estratégico desenvolver uma droga eficaz para combater as infecções.

Em 1928, Alexander Fleming, biólogo, botânico, médico, microbiólogo e farmacologista britânico descobriu, acidentalmente, a penicilina (e sua habilidade para inibir o crescimento de certas bactérias em experimentos laboratoriais), a partir do fungo *Penicillium notatum*; porém, não havia ainda sido descoberta uma técnica para a produção em grande escala do antibiótico (QUINN, 2013). A Pfizer, com seus tanques de grandes proporções de fermentação encontrava-se, de certa forma, preparada tecnologicamente para iniciar a produção em escala mundial da penicilina (RODENGEN, 1999).

Importante pontuar que a dramática evolução da pesquisa alcançada pelas ciências farmacêuticas e pela medicina foi consequência direta dos métodos inovadores criados a partir da fermentação da penicilina. Pode-se afirmar que este foi o gatilho que conectou e interligou cientistas europeus e norte-americanos com os poderes governamentais e forças militares, em um cenário único, até tal momento. No breve recorte temporal da Segunda Guerra Mundial, houve uma mudança fundamental na essência da produção farmacêutica: a química começou a dar lugar à microbiologia como base da fabricação de produtos farmacêuticos e precipitou o lançamento e comercialização de uma imensa variedade de medicamentos futuros. Dentre eles, inicialmente, foi desenvolvida uma gama de antibióticos novos. A partir da tecnologia empregada na fabricação da penicilina, as empresas descobriram e produziram vários antibióticos semissintéticos, tais como a estreptomicina, eritromicina, vancomicina e a tetraciclina (QUINN, 2013).

Mais à frente, o conjunto de conhecimento científico, infraestrutura e engenharia permitiu a produção em grande escala de hormônios esteroides (cortisona, vitaminas complexas, como as do complexo B). A microbiologia também foi a base para a produção de substâncias e compostos gerados por microrganismos, tais como agentes antineoplásicos, imunossuppressores, além de ativos redutores de

lipídeos (colesterol e triglicérides no sangue), ferro e glicose (hipoglicemiantes<sup>46</sup>) (QUINN, 2013).

A revolução na produção de agentes biológicos também teve como predecessora a penicilina, pois a biotecnologia usou técnicas de fermentação para produzir amplas quantidades de fungos e bactérias modificados geneticamente para produzir insulina humana, hormônio do crescimento, dentre tantos outros (QUINN, 2013).

O advento da Segunda Guerra Mundial determinou consequências importantes para a conformidade da indústria farmacêutica mundial. O parque industrial europeu, especialmente na Alemanha (com exceção da Suíça), encontrava-se, em grande parte, destruído e debilitado, o que, em contraposição, fortaleceu as empresas norte-americanas, especialmente com o desenvolvimento em grande escala da produção da penicilina. Os investimentos do governo dos EUA favoreceram a pesquisa e desenvolvimento de empresas em processo de ascensão, e várias se expandiram para outros mercados, transformando-se em multinacionais e, posteriormente, líderes mundiais, compondo o grupo das *Big Pharmas* (BERMUDEZ, 1995).

Uma das características marcantes da indústria farmacêutica é a intensa atividade de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D); isto é, os saberes técnicos, em grande parte, são patrocinados pelo capital privado e alavancados pelas demandas de mercado detectadas pela própria indústria. Neste complexo processo, a inovação é um elemento indispensável e há necessidade de controle de ativos intangíveis atrelados, em especial, às patentes.

Para o desenvolvimento de um produto (medicamento) farmacêutico, há custos financeiros e temporais, que podem chegar, por exemplo, desde a descoberta da molécula até seu lançamento no mercado, a US\$ 1,2 bilhão de gastos e 13 anos de espera, respectivamente (AKKARI *et al.*, 2016). Desta maneira, a taxa de sucesso para o lançamento de uma formulação farmacêutica é muito baixa, visto que, em média, somente uma molécula, dentre 10 mil selecionadas previamente (CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SÃO PAULO, 2015; BUNNAGE, 2011), percorre o longo caminho de estudos farmacológicos (em laboratório), experimentais (em animais) e clínicos (em humanos), e atinge a fase comercial. Essa molécula que se

---

<sup>46</sup> Medicamentos que reduzem as taxas de glicose no sangue, para o tratamento de diabetes.



“transformará” em medicamento deverá conter inúmeros atributos, dentre eles, ser segura com o menor número possível de eventos adversos, ser eficaz para o tratamento da doença-alvo e ser economicamente rentável através de seu “custo consumo/uso” no mercado, garantindo um nível de lucratividade para a manutenção das corporações dentro do sistema neoliberal.

Desse modo, lucratividade e P&D constituem um dueto fundamental na manutenção e crescimento da indústria farmacêutica, pois a primeira tem influência direta sobre a segunda, e quando medicamentos inovadores são lançados ao mercado, estes proporcionam lucros extraordinários para a manutenção de pesquisas futuras, conforme Vieira e Ohayon (2006). A inovação e sua cultura são essenciais para a sobrevivência das empresas que atuam nesse segmento industrial. A agilidade, a flexibilidade, o poder de criação e o gerenciamento organizacional do trabalho são elementos básicos para realocar e redirecionar a produção de determinadas classes terapêuticas, que possam vir de encontro às demandas<sup>47</sup> de saúde e doença de uma população, em um determinado recorte temporal. Apesar de, em um primeiro momento, este cenário ter um equilíbrio “quase perfeito”, gera problematizações sobre a relação lucro versus medicalização versus saúde, que serão abordadas no capítulo 4.

Para que a inovação possa gerar novos produtos, é necessária uma cadeia de estágios tecnológicos:

- a) Estágio I - Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) (realizados em países cujo desenvolvimento seja capaz de criar tecnologias);
- b) Estágio II - Produção de farmoquímicos<sup>48</sup> (realizado em países com tecnologia de química fina para a produção dos insumos);
- c) Estágio III - Produção de especialidades farmacêuticas (países com capacidade parcial para a produção de medicamentos);
- d) Estágio IV - *Marketing* e comercialização das especialidades farmacêuticas (não são exigidas habilitações específicas para a divulgação e distribuição dos medicamentos no mercado) (VIEIRA; OHAYON, 2006).

---

<sup>47</sup> Ou até a criação de demandas, como no caso da farmacologização, que será discutido no próximo capítulo.

<sup>48</sup> São substâncias químicas com ação farmacológica, utilizadas na produção de medicamentos.

Dentro do complexo processo de P&D, é importante descrever sucintamente quais são as etapas da pesquisa científica biomédica desenvolvida pela indústria farmacêutica. Ela pode ser subclassificada como pesquisa básica/pré-clínica e pesquisa clínica (KARLBERG, 2010). A pesquisa biomédica pré-clínica é importante para expandir o conhecimento sobre mecanismos biológicos básicos. Os estudos são normalmente realizados em instituições ou departamentos pré-clínicos, em campos como anatomia, bioquímica, biologia celular, imunologia, microbiologia, biologia molecular, neurociência, farmacologia e psicologia. A pesquisa pré-clínica pode contribuir para a descoberta de novos tratamentos médicos. Pesquisas clínicas abrangem desde estudos laboratoriais clínicos ou investigativos, até teste de novos procedimentos clínicos, novas ferramentas para diagnóstico clínico e novos produtos medicinais em seres humanos (KARLBERG, 2010).

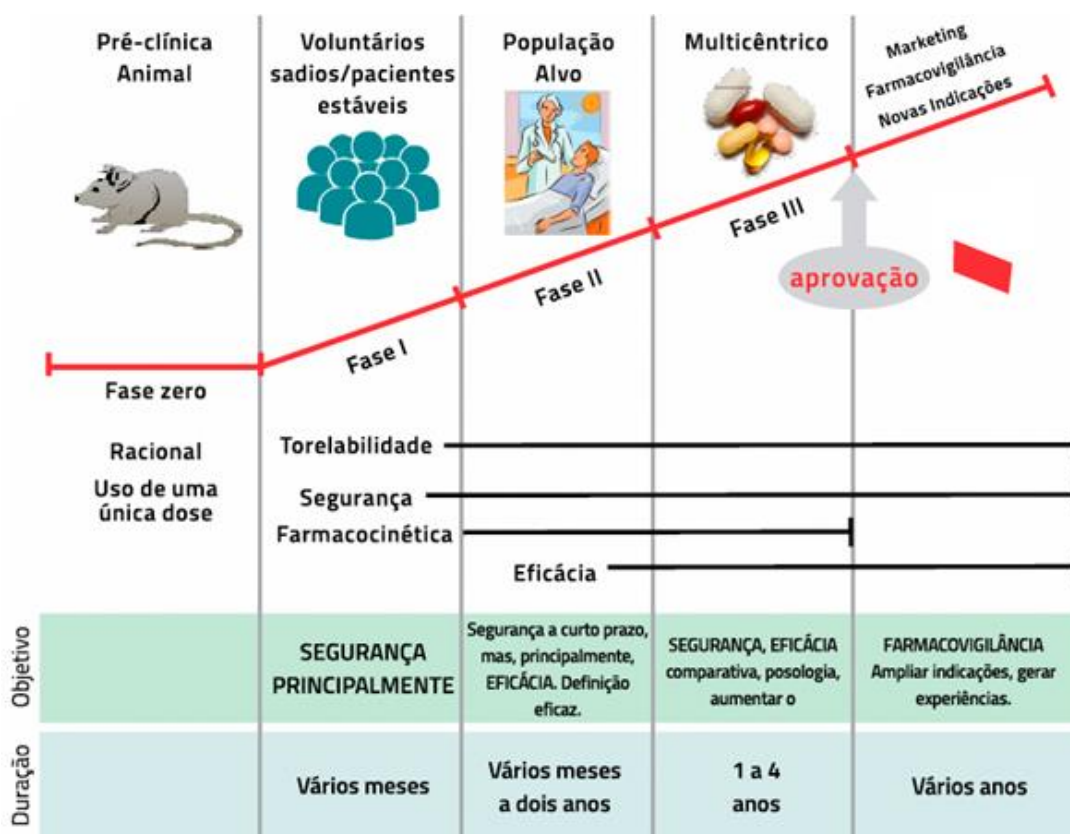
Resumidamente, a fase pré-clínica vem antes da testagem de novos tratamentos em seres humanos, em que os investigadores avaliam as substâncias em laboratórios e em animais de experimentação. O objetivo principal desta fase é verificar como esta substância/terapia se comporta em um organismo. Para que isso ocorra, são seguidas normas de proteção aos animais de experimentação, e não raramente, os projetos são cancelados por não se mostrarem satisfatórios (CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SÃO PAULO, 2015). Em seguida, a fase clínica é a fase de testes em seres humanos. É composta por quatro fases sucessivas (I, II, III e IV) (vide Figuras 3 e 4) e, na maioria dos casos, somente depois de concluídas todas as fases, o medicamento/terapia poderá ser liberado para comercialização e disponibilizado para uso da população (CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SÃO PAULO, 2015).

Existe uma demanda persistente, além de uma enorme necessidade de desenvolver novos tratamentos médicos que sejam eficazes e seguros - ou extrapolem, ambos, para tipos específicos de pacientes -, em relação aos tratamentos já disponíveis no mercado (KARLBERG, 2010). A pesquisa também possibilita a descoberta de novos usos terapêuticos para medicamentos em comercialização, bem como o desenvolvimento de tratamentos inovadores para doenças atualmente sem tratamento. Os novos produtos medicinais são normalmente descobertos através de pesquisas em laboratório e estudos em animais, antes de serem testados em seres

humanos – através de estudos clínicos – e, finalmente, usados no tratamento médico (KARLBERG, 2010).

Estudos clínicos são uma ponte obrigatória entre a descoberta pré-clínica de novos produtos medicinais e seus usos gerais. Isso significa que os estudos clínicos devem acontecer antes que os novos tratamentos em pesquisa possam ser disponibilizados para a população, quer através de prescrição médica, sem necessidade de prescrição, ou para uso em uma clínica (KARLBERG, 2010) (Figura 3).

**Figura 3 – Etapas da Pesquisa biomédica, mediante seus objetivos e temporalidade.**



Fonte: Disponível em: <https://www.hospitaldopulmao.com.br/pesquisa-fases>. Acesso em: 27 set. 2019.

Na Fase III dentre os objetivos citados, é importante aumentar o número de pacientes sob tratamento do medicamento estudado. Os significados dos seguintes

termos (Tolerabilidade<sup>49</sup>, Farmacocinética<sup>50</sup>, População-alvo<sup>51</sup>, Multicêntrico<sup>52</sup>, Posologia<sup>53</sup> e Farmacovigilância<sup>54</sup>) estão descritos nas Notas.

As fases pré-clínica e clínica de desenvolvimento são cuidadosamente monitoradas, sob rigorosos regulamentos governamentais na maioria dos países (ANVISA [Agência Nacional de Vigilância Sanitária], no Brasil e FDA [*Food and Drug Administration*], nos EUA), para garantir que todos os aspectos do composto tenham sido estudados e que a pesquisa tenha usado desenhos de estudo apropriados de alta qualidade, de acordo com os padrões éticos locais e internacionais de pesquisas em humanos (KARLBERG, 2010).

Os patrocinadores de um estudo clínico podem ser tanto empresas (estudo patrocinado pela indústria) quanto médicos/investigadores clínicos (estudo não patrocinado pela indústria) (KARLBERG; SPEERS, 2010). Os primeiros são empresas biotecnológicas e farmacêuticas, enquanto os segundos são faculdades de medicina, institutos de pesquisa biomédica, instituições governamentais ou redes de estudos clínicos (KARLBERG; SPEERS, 2010).

O longo processo de pesquisa e desenvolvimento deve cumprir, temporalmente, as diversas etapas até o lançamento de novos medicamentos ou drogas no mercado, mediante a regulamentação de agências nacionais que realizam a vigilância técnica e ética (Figura 4).

---

<sup>49</sup> Capacidade do organismo em suportar os efeitos de um medicamento ou de qualquer agente externo, sem ser completamente inócuo.

<sup>50</sup> Estuda a atividade do medicamento em seu percurso no interior do organismo.

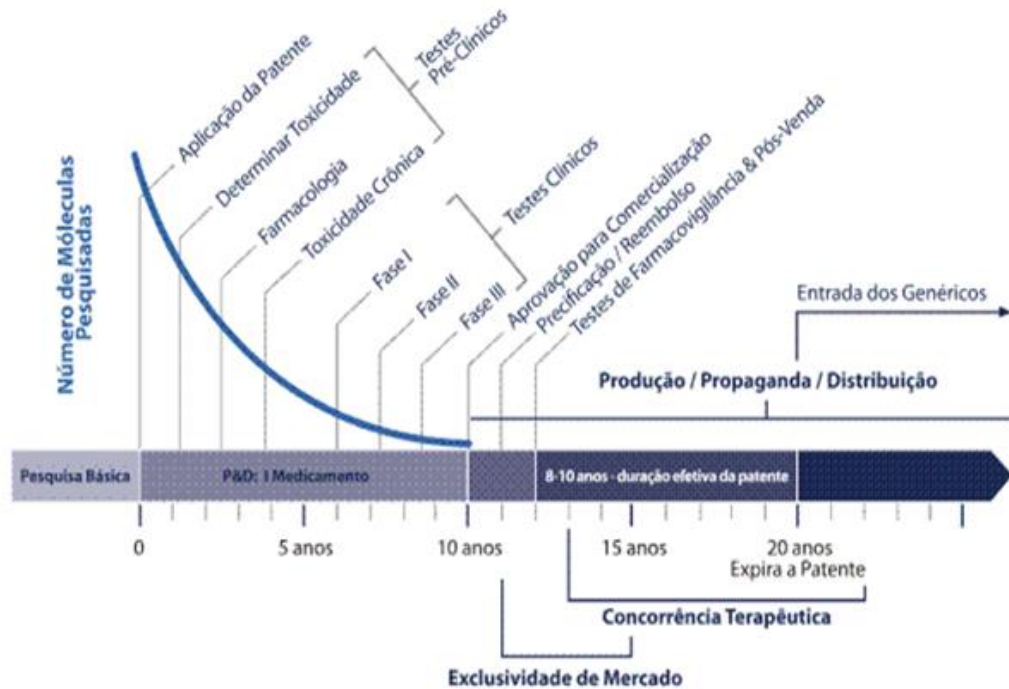
<sup>51</sup> População de indivíduos, com uma determinada doença ou distúrbio, eleita para ser estudada.

<sup>52</sup> Estudo clínico desenvolvido em vários centros médicos nacionais ou internacionais, simultaneamente.

<sup>53</sup> Forma de utilização do medicamento sendo variável dependendo do tipo de doença, de paciente e do próprio medicamento.

<sup>54</sup> De acordo com a ANVISA é: “a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos”. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/farmacovigilancia>. Acesso em: 27 set. 2019.

**Figura 4 – Esquema inclui as diversas etapas do desenvolvimento de um medicamento e sua temporalidade.**



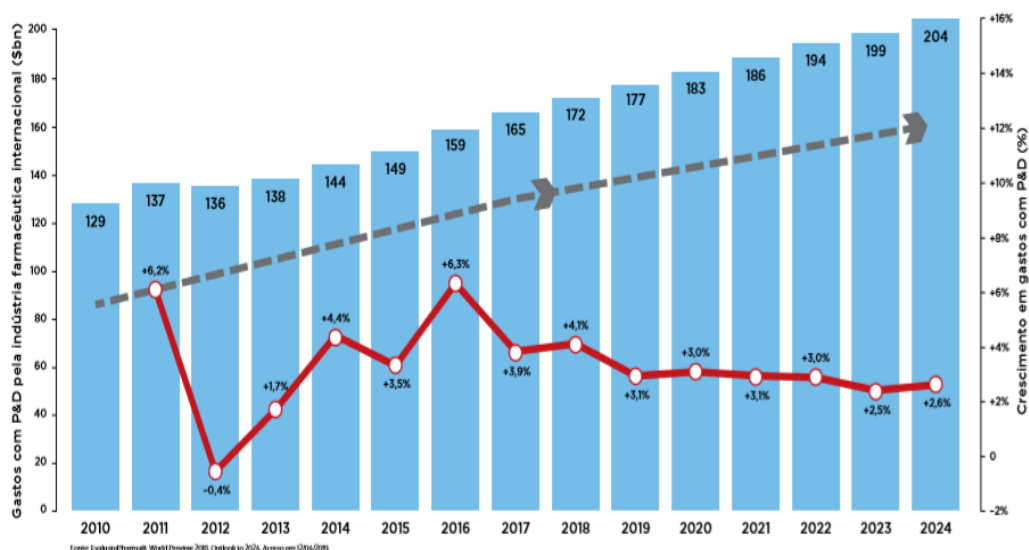
Fonte: *Pharmaceutical Research and Manufactures of America (PhRMA) apud FERST (2013, p. 23).*

Para ter a dimensão de valores para a manutenção da P&D, de acordo com a Interfarma (2019), o segmento farmacêutico é um dos que mais cresce em termos de investimento em P&D, no mundo. Em 2018, foi investida a soma de 172 bilhões de dólares e está projetado um valor de 204 bilhões de dólares para o ano de 2024 (Figura 5).

Importante destacar que estas somas de investimentos são, em grande parte, projetadas estrategicamente com base nos lucros pregressos obtidos pelo setor farmacêutico. Consequentemente, como tal setor está inserido no “core capitalista”, o lucro permeia tanto a propulsão da inovação, como a obtenção de mais lucro no lançamento de medicamentos, para serem consumidos pela massa de pacientes no mercado.

**Figura 5 – Gastos com Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) pela indústria farmacêutica internacional, em bilhões de dólares.**

### Pesquisa e Desenvolvimento



Fonte: Guia Interfarma, 2019.

Se, por um lado, a pesquisa se desenvolvia, o FDA, nos EUA, em 1978, liderou a implantação de Boas Práticas de Fabricação (em inglês: Good Manufacturing Practices (GMPs)), através de regras e regulamentações sobre a fabricação dos medicamentos e de dispositivos médicos, determinando novos padrões de controle no setor. As novas regras contemplavam a metodologia para fabricação, processamento, embalagem e transporte de medicamentos. Em adição, as instalações industriais também deveriam cumprir várias especificações com padrões de higiene e manutenção dos equipamentos (as Boas Práticas de Laboratório, em inglês: *Good Laboratory Practices* (GLPs)).

Quando se observa as décadas de 80 e 90, o laboratório Pfizer espelha o exercício na prática do chamado “*pipeline*”, termo em inglês, cujo significado é a capacidade de lançamento de novos produtos farmacêuticos continuamente. De acordo com o *site* internacional da Pfizer (2019), os anos 80 começam com o lançamento do anti-inflamatório Feldene® (piroxicam) (1980), para o tratamento de dores, como na artrite, além de Glucotrol® (glipizide) (1984), para diabetes; Unasyn® (ampicilina) (1986), um antibiótico injetável, e Procardia® XL (nifedipina) (1989), uma medicação inovadora com uso uma vez ao dia, para o tratamento da angina e hipertensão. Além dos resultados em forma de produtos aparecerem nesses

lançamentos, a Pfizer aguardava a aprovação de 15 novos no FDA (RODENGEN, 1999).

Os anos 90 começam a partir de resultados diretos, que interligam três áreas: a pesquisa e desenvolvimento de produtos, *marketing* e a força de vendas, constituída pelos representantes que divulgam os produtos para a classe médica. Entre 1989 e 1999, foram lançados 11 produtos farmacêuticos pela Pfizer, com destaque para quatro produtos: Norvasc® (amlodipina), para a hipertensão; Zoloft® (sertralina), para depressão, Zithromax® (azitromicina), um antibiótico e, finalmente, em 1998, Viagra® (citrato de sildenafil), para o tratamento da impotência/disfunção erétil. Esses medicamentos, de acordo com as grandes vendas alcançadas, foram denominados de *blockbusters*<sup>55</sup>.

De acordo com o *site* nacional da empresa, a Pfizer, presente no Brasil desde a década de 50, cresceu e se transformou em uma corporação, com mais de 1.600 funcionários. Possui um faturamento de 6 bilhões de dólares (2018), incluído no faturamento global de 53,6 bilhões de dólares (2018). Atualmente, os produtos de prescrição estão incluídos nas seguintes áreas médicas: cardiologia, urologia, sistema nervoso central (SNC), imunização, ginecologia, dor e inflamação, infectologia, oncologia, hospitalar, oftalmologia, entre outros. A urologia, área médica onde o Viagra® encontrava-se alocado, deixou de ser destaque comercial, especialmente desde 2010, quando ocorreu o vencimento da patente do medicamento, no Brasil, e este pôde ser fabricado por outros laboratórios como produto genérico, com um custo muito menor do que o original (PIMENTEL, 2019).

Somente para situar a indústria farmacêutica nacional no *ranking* mundial do setor, o Brasil encontra-se na 7ª posição, abaixo dos EUA, China, Japão, Alemanha, França e Itália (INTERFARMA, 2019). De acordo com a Interfarma (2019), a Pfizer encontra-se no 14º lugar no *ranking* das indústrias farmacêuticas nacionais, em termos de faturamento (ano 2018). Em 2018, a Pfizer não possui nenhum medicamento na lista dos 20 mais vendidos no Brasil (INTERFARMA, 2019). A “era dos *blockbusters*” do laboratório não perdurou na última década.

---

<sup>55</sup> Produtos ou drogas que vendem mais de US\$ 1 bilhão por ano, segundo a Interfarma (Fonte: Disponível em: <https://www.interfarma.org.br/noticias/1156>. Acesso em: 25 set. 2019).

Nesse breve panorama descritivo, estão embutidas narrativas que demonstram o poderoso elo entre o capital da livre iniciativa conectado, em certa medida, ao Estado e à produção de medicamentos, cujo fim ideal e ambicionado é a restauração e manutenção da saúde. No entanto, cabe questionar: “Será somente essa a “finalidade” do capital farmacêutico interligado à ciência ou a “criação e ampliação” de “espaços terapêuticos potenciais” tornou-se outro desafio para os saberes técnico-*marketing*? Qual o impacto do corpo medicalizado sobre se tornar “o senhor do destino de sua própria saúde”? Os próximos capítulos tratam de responder estas e outras perguntas, com um exemplo icônico: o aparecimento do termo disfunção erétil em substituição ao de impotência, frente a uma especialidade médica que toma para si a saúde do homem: a urologia.

Por outro lado, pelo “trajeto histórico” de um laboratório, perpassam conjunções de diversas naturezas: políticas, sociais, tecnológicas, culturais econômicas e médicas. O laboratório Pfizer espelha a intensa corrida para a produção de medicamentos, especialmente após os anos 50. Os avanços ou percalços no desenvolvimento, produção e venda dos medicamentos ganham várias formas e são modelados de acordo com poderes, tensões, práticas e discursos inseridos no social de cada época. Neste sentido, o lançamento de um medicamento, transformado em marco cultural na saúde do homem, não ocorreu de forma tão acidental, tanto no recorte temporal, como no geográfico. O percurso do capital-lucro farmacêutico, sustentado, em parte, pela “vontade de saber” nas dimensões médico-sociais, principalmente desde o final do século XIX, deve ser levado em conta para a criação da pílula azul.



## 2. MEDICAMENTOS & SEXO

Por definição, os medicamentos são substâncias capazes de modificar a condição de um ser vivo para melhor e, em se tratando de alguma disfunção sexual, não deverá ser diferente. Consequentemente, aplicar, tomar e administrar um produto farmacêutico transformam o tratamento em uma ação íntima, afetando diretamente a concepção e a experiência que se tem do corpo e de seu estado de saúde. Por serem elementos concretos e manipuláveis, os medicamentos ajudam a tornar as doenças tangíveis e manejáveis (VAN DER GEEST; WHYTE; HARDON, 1996).

De acordo com concepções antropológicas, os medicamentos possuem metaforicamente uma biografia, ou seja, sua mobilidade de uso em diferentes cenários e espaços, além de seus significados decorrentes, também constroem uma “vida social” (KOPYTOFF, 1986). Conforme apresentado no capítulo anterior, o lançamento de um fármaco ao mercado consumidor é apenas uma das etapas da criação de uma “substância química”, que se transforma em “medicamento” quando apresenta a finalidade, comprovada por método científico, de interferir no curso de uma doença ou perturbação orgânica.

O medicamento “nasce” em um ambiente tecnologicamente avançado, um laboratório, por exemplo, e segue para as várias etapas de pesquisa experimental e, depois, clínica, até chegar ao mercado, quando passa para fornecedores atacadistas e, de lá, para varejistas. Estes distribuem o medicamento para as farmácias e hospitais e para os representantes dos laboratórios, que os divulgam diretamente para a classe médica. O ato da prescrição pelo médico (ou outros profissionais da saúde habilitados) ao seu paciente faz com que este se transforme em consumidor. Das mãos do farmacêutico que avia<sup>56</sup> a receita médica, o medicamento alcançará a fase final de sua vida: alguém o usará com o objetivo de restaurar, melhorar ou manter sua saúde. O ato de “tomar” o medicamento, ou seja, obedecer e aderir à posologia<sup>57</sup> prescrita constitui um momento crucial, pois pode tornar a vida inteira do medicamento sem sentido. Finalmente, os produtos farmacêuticos têm, por assim dizer, uma vida após

---

<sup>56</sup> Aviar uma receita é interpretar e traduzir a intenção do prescritor, com o consequente fornecimento e venda do produto prescrito. Geralmente, este ato é realizado nas farmácias e drogarias pelo profissional farmacêutico responsável.

<sup>57</sup> É a quantidade (ml, mg) e a frequência (diária, semanal, mensal, anual) da utilização de um medicamento, dependendo do paciente e da doença a ser tratada.

a morte: sua “interação de diversas naturezas” com o corpo para produzir os efeitos terapêuticos desejáveis. O antropólogo Sjaak van der Geest (2011, p. 10), que descreve tal “ciclo de vida” do medicamento, completa: “A eficácia representa sua vida final e decisiva no palco.”

Os ciclos de vida do medicamento incluem contextos e sujeitos particulares. Por exemplo, no desenvolvimento, na produção e na criação das estratégias de *marketing*, os principais atores sociais são cientistas, empresários e profissionais especializados (médicos, farmacêuticos, “mercadólogos”, advogados, publicitários etc.), que trabalham para empresas farmacêuticas. A fase de prescrição é principalmente constituída por profissionais de saúde e seus pacientes em um espaço de uma prática médica, enquanto a distribuição é realizada principalmente por vendedores, como farmacêuticos e lojistas. (VAN DER GEEST, 2011). Segundo o autor, para cada participante da vida social do medicamento, há um “regime de valores e objetivos”, expresso em distintivos conjuntos de ideias.

Aliás, a partir do aprofundamento – via conceitos e historicização – sobre os possíveis vínculos do biopoder com o corpo, a saúde, a sexualidade e o envelhecimento, objetivou-se, neste capítulo, ilustrar a conexão do uso de medicamentos para a saúde sexual, por meio de dois produtos icásticos para a mulher e para o homem: a pílula anticoncepcional e a pílula azul. O primeiro, um método de contracepção para evitar a ovulação e impossibilitar uma gravidez não programada; e o segundo, um tratamento para a impotência/disfunção erétil, respectivamente.

Antes de adentrar na dimensão da medicalização sobre a função sexual e a sexualidade dos corpos, vale introduzir algumas considerações sobre o poder, o saber, o sexo e a vida. Em outras palavras, esses grandes temas que atravessam todas as reflexões realizadas em nossa pesquisa já possuem uma vasta história, assim como uma instigante bibliografia. Longe da intenção de esgotá-la, a seguir, o que se propõe é muito mais pontuar alguns dos questionamentos que inspiraram as análises contidas nesta pesquisa.

Os estudos de Foucault são conhecidos por suas problematizações a respeito do poder (FURTADO; CAMILO, 2016). Este, por sua vez, conecta-se ao saber. Foucault (1999) diz que é nos meandros do poder que são obtidos saberes objetivos e subjetivos sobre os sujeitos, através de investigação, observação e escrutínio. No entanto, o poder não se estabelece simplesmente em uma relação bidirecional entre

dominado e dominante, mas se dá, segundo o filósofo francês, por meio da irradiação social capilar nas diversas instituições, tais como o hospital, a escola, a família, a clínica (FOUCAULT, 1999). Ademais, sobre a onisciência do poder, ele cita:

“[...] não porque tenha o privilégio de agrupar tudo sob sua invencível unidade, mas porque se produz a cada instante, em todos os pontos, ou melhor, em toda relação entre um ponto e outro. O poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares. [...] O poder não é uma instituição nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada” (FOUCAULT, 2018a, p. 101).

Portanto, segundo Foucault, o poder é dinâmico e se movimenta sem uma centralização, ou seja, flui por meio de vetores transitórios de forças multidirecionais. No mundo moderno, o biopoder surge como prática ou “estratégia”, como um poder que utiliza a vida para obter a regulação e a normalização do saber dos corpos. Foucault (1976, p. 286) inicia uma de suas aulas com a seguinte afirmação: “a assunção da vida pelo poder [...] [ou seja], uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico”. Em complementação, em 1978, no curso intitulado “*Segurança, território, população*”, ele define biopoder como “o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder” (FOUCAULT, 2008a, p. 3).

Foucault aborda o biopoder especialmente em duas obras: na parte inicial da aula “*Em defesa da sociedade*” (1999) e no volume 1 da série “*História da sexualidade. A vontade de saber*” (2018a). O autor elabora uma investigação sobre o percurso de como o poder utiliza a vida como instrumento de regulação e como tal poder se modificou desde o século XVII. Na teoria clássica do soberano, este emanava poder sobre seus súditos, através do controle absoluto sobre a morte destes. A punição, castigo ou a aniquilação tinham por objetivo a proteção e a manutenção do território e da própria vida do soberano. No entanto, a vida não era o fim, e sim a não morte determinada pelo soberano, que a mantinha sob controle. A partir do século XVII, o poder se transfere para a vida, entremeado pela gestão dos corpos e pelo controle calculista da vida (FOUCAULT, 2018a). Houve o desenvolvimento de várias disciplinas, conforme o autor descreve:

“[...] escolas, colégios, casernas, ateliês, aparecimento também, no terreno das práticas políticas e observações econômicas, dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração; explosão, portanto de técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. Abre-se, assim, a era de um “biopoder”” (FOUCAULT, 2018a, p. 151).

O biopoder, então, se subdividiu em dois polos: o primeiro, focado no “corpo como máquina” (FOUCAULT, 2018a, p. 150), onde, para obter a amplitude de habilidades e aptidões, o corpo deveria ser treinado, para extrair suas forças e utilidades. Foucault (2018a) denomina tais procedimentos de poder como disciplina *anátomo-política do corpo humano* (grifo do autor, p. 150). O segundo, surgido depois do século XVIII, manteve-se focado no corpo-espécie, cuja mecânica do ser vivo atravessa a investigação e a catalogação dos processos biológicos, tais como taxas de natalidade e mortalidade, qualidade de saúde, fluxos de migração, longevidade e a ação de inúmeros fatores interferentes. Em vista disso, esses processos se configuram a partir de várias intervenções e *controles reguladores em uma biopolítica da população* (grifo do autor, p. 150).

No final do século XVIII, Foucault (1999, p. 291) destaca a introdução de uma medicina cuja função era a higiene pública, suportada por um aparato de organismos que coordenavam os tratamentos médicos, além da centralização da informação, da normalização do saber, “e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população”.

Em outras palavras, o biopoder surge da confluência dos dois polos: das disciplinas individualizantes da anátomo-política do corpo e das regulações da biopolítica da população (corpo-espécie). Furtado e Camilo (2016) comentam, suportados por Foucault, que a sexualidade é o entroncamento entre os dois vetores: por um lado, ela coloca o homem na sua esfera corporal (indivíduo) e, por outro, o situa como partícipe da espécie que se procria (população). Ou seja, “o sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie” (FOUCAULT, 2018a, p. 158).

Por isto, a partir do século XIX, a sexualidade será esmiuçada, estudada por meio de inúmeros discursos e investigações, seja nos sonhos, nos comportamentos ou nas patologias psiquiátricas obscuras desde a infância. Conforme Foucault (2018a, p. 159): “De modo geral, na junção entre o “corpo” e a “população”, o sexo tornou-se

o alvo central de um poder que se organiza em torno da gestão da vida, mais do que da ameaça da morte”.

Dois anos após o lançamento do primeiro volume de “*História da Sexualidade*”, Foucault refere-se novamente ao biopoder no curso “*Segurança, território, população*” (2008a, p. 75). Seu enfoque se dá sobre técnicas modernas de segurança, diferentes das primeiras problematizadas: o poder soberano e a disciplina. O autor estabelece o seguinte elo: a disciplina normaliza. Na citação abaixo, torna-se claro como é construída primeiramente a normalização e a norma, mas não o normal ou anormal:

A disciplina estabelece os procedimentos de adestramento progressivo e de controle permanente e, enfim, a partir daí, estabelece a demarcação entre os que serão considerados inaptos, incapazes e os outros. Ou seja, é a partir daí que se faz a demarcação entre o normal e o anormal. A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tomar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz. Em outros termos, o que é fundamental e primeiro na normalização disciplinar não é o normal e o anormal, é a norma (FOUCAULT, 2008a, p. 75).

Logo, a normalização é utilizada como técnica de segurança na criação de curvas de normalidade, que expressam modelos de realidade onde a maioria da população deve se enquadrar.

Importante destacar que a relação entre poder e vida, o biopoder, estudado por Foucault (2008b) no mundo ocidental, desde o século XVII, “se instala, flui e se expressa” por e através de diversas “naturezas” de poder, seja em modelos autoritários, como stalinismo, ou liberais, tais como o ordoliberalismo alemão pós-1929 (como o nazismo e no pós-guerra), ou o neoliberalismo, iniciado posteriormente à Segunda Guerra Mundial (FURTADO; CAMILO, 2016) e fundamentado na Era Reagan-Thatcher, nos Estados Unidos. O biopoder transcende a “origem” do poder<sup>58</sup> e trata de saber, normalizar, regular, tanto o corpo individual como o corpo-espécie, simultaneamente. Por conseguinte, a relação entre a saúde e as doenças, o cuidado do corpo (FOUCAULT, 2010) e a sexualidade são “instrumentos” de poder e

---

<sup>58</sup> Ou, de acordo com Foucault (2018a, p. 101), “[...] poder é o nome dado [...] a situação estratégica complexa numa sociedade determinada”.

conhecimento, inseridos em políticas sociais, submetidos à intervenção, seja por meio de um Estado e/ou de um capital que obtém e amplifica, além de poder, o lucro.

## **2.1 Corpo, saúde, sexualidade, medicalização e envelhecimento: um quinteto fundamental no biopoder**

Quando se coloca um primeiro olhar sobre o corpo pelo âmbito médico, remete-se a ele ser o inicial objeto de estudo no curso de medicina<sup>59</sup>: a tão temida e esperada aula de anatomia com o cadáver. Estar diante de um corpo ou de fragmentos dele (“peças”, assim chamados no jargão acadêmico), recém retirados de grandes tanques de formol, é vislumbrar a “história *in natura*” de um corpo, que construiu sua existência no limite de suas inúmeras possibilidades, potencialidades e mutações. Em um dado momento da vida, esse corpo teve mais de 30 bilhões de células e abrigou cerca de 40 bilhões de bactérias<sup>60</sup>! Mas, por quantas e quais enfermidades esse corpo padeceu? Por quantas emoções viveu? Quantos amores experimentou? Por quantos traumas, lutos e decepções passou? No entanto, ele jaz inerte sobre as mesas de alumínio, frente aos olhares ansiosos de alunos, maravilhados em principiar as técnicas da dissecação e dar vazão à vontade de saber. Essa emoção, nenhum médico esquece na vida. Esmiuçar, observar, descobrir, comparar, perceber as nuances de textura dos tecidos com bisturi, pinça e tesoura através da pele, músculos, tendões, vasos sanguíneos, cartilagens, vísceras até encontrar seus ossos, é reverenciar uma viagem única pela intimidade corporal.

Entretanto, o corpo é muito mais do que a representação anatômica na medicina. Ele é o primeiro referencial de identidade do ser humano, de “abrigo” da consciência, do pensamento, do “eu único” ou até da “alma”. Estar no mundo é se perceber “contido nele” e se movimentar, sentir, experimentar, através, com e pelo corpo. Ele nos conecta com nós mesmos, com o espaço e com tudo o que está ao redor dele. Sua essência é a mutação: do nascimento à morte, o corpo revela as transformações internas e externas, que jamais encontram-se concluídas, muitas das vezes, inexplicáveis. Os ciclos da vida imprimem sinais visíveis e invisíveis no corpo.

<sup>59</sup> As aulas de anatomia na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo eram iniciadas no primeiro ano do curso de medicina, conforme vivenciado pela autora desta dissertação, no início dos anos 80.

<sup>60</sup> Dados obtidos de estudo desenvolvido pelo Instituto Weizman de Ciência, Israel. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.1002533>. Acesso em: 20 jul. 2020.

Então, o corpo vivencia, através do tempo, inscreve e clama por uma história. Mais do que as marcas biológicas que se acumulam na existência do corpo, ele é depositário e transformador de legados culturais. Mas, também, é confluência genética de todos os antepassados que o precederam. Se o corpo em sua essência pode ser considerado um “elemento dinâmico *per se*”, ele é redescoberto e ressignificado ininterruptamente. Desde os primórdios, para além das intervenções médicas, tais como pajelanças, cirurgias, fitoterapias<sup>61</sup>, farmacoterapia<sup>62</sup>, dietas, exercícios físicos, cosmecêutica<sup>63</sup> e nanoterapias<sup>64</sup>, os saberes sobre o corpo se mostram históricos, e se alteram conforme cada época.

A história do corpo é a do próprio ser humano e de suas construções de cultura e sociedade, onde, temporalmente, há ênfase em alguns atributos em detrimento de outros, estabelecendo padrões mutáveis de saúde, beleza, comportamento, sexualidade, postura, movimento, entre outros. Tais padrões dão referências e modelos de gênero e das identidades (CORBIN; COURTINE; VIGARELLO, 2009).

Jean-Jaques Courtine (CORBIN; COURTINE; VIGARELLO, 2009, p. 7-8) destaca que, na teoria, o corpo foi inventado no século XX e apresenta três momentos de criação. O primeiro se deu com a psicanálise, através da qual Freud observou que “o inconsciente fala através do corpo”, ou seja, quando a histeria de conversão foi decifrada por ele nos corpos mostrados por Charcot, na Salpêtrière. A expressão corporal por meio da somatização construiu o entendimento da imagem do corpo na constituição do sujeito, ou seja, o “eu-pele”. O segundo momento partiu da ideia de Edmund Husserl, sobre o corpo visto como o “berço original de toda a significação”, e o terceiro surgiu desde a antropologia, em que Marcel Mauss descreveu a definição de “técnica corporal” (CORBIN; COURTINE; VIGARELLO, 2009, p. 8), quando observou soldados franceses e ingleses, na Primeira Guerra Mundial, marcharem e cavarem buracos de formas diferentes e singulares. Nesta trajetória da “descoberta” do corpo, ele foi relacionado ao inconsciente, criador de significados e meio de expressão cultural incluído nas sociedades. À vista disso, a leitura do corpo deve

---

<sup>61</sup> Terapia medicinal que utiliza princípios ativos de plantas.

<sup>62</sup> Terapia medicinal que utiliza produtos farmacêuticos, remédios ou medicamentos.

<sup>63</sup> O nome advém da junção de cosmético com produtos farmacêuticos. Supõe-se que tais produtos tenham ingredientes bioativos, com possíveis benefícios médicos.

<sup>64</sup> É a utilização de nanopartículas ou nanorrobôs para curar, diagnosticar ou prevenir doenças.

transcender a ótica médica inserida em uma visão exclusivamente fisiológica e/ou psicanalítica. A compreensão do corpo é multi, interdisciplinar e transtemporal.

Anne Marie Moulin (2009, p. 16) traz um oportuno percurso sobre o corpo diante da medicina e o inicia com a frase do filósofo Jean-Claude Beaune: “Não se sabe mais estar doente”. A experiência da doença se diluiu no espaço social e familiar, em comparação a séculos anteriores. O século XX presenciou, como nenhum outro, um avanço inigualável em inúmeras áreas do conhecimento científico e da medicina, juntamente com a farmacoterapia, em que a alopatia<sup>65</sup> é um dos expoentes. Isto levou a profundos efeitos sobre o corpo são e o corpo doente. Antes, a alternância entre saúde e doença era percebida e vivida em toda a sua magnitude e complexidade, em crises de sinais e sintomas exuberantes ou em cursos lentos de evolução.

O médico da família estava ao lado do paciente (seja no hospital ou em casa) e, se não havia terapia ideal disponível, o paliativismo<sup>66</sup> e o apoio presencial tornavam a vivência da doença uma experiência única e a transformavam em evento com significado de vitória e de gratidão, quando da recuperação parcial ou completa da saúde. Por outro lado, com os avanços da medicina e da intensa medicalização – a ponto de Moulin (2009, p. 15) afirmar: “A história do corpo no século XX é a de uma medicalização sem equivalente” –, a abreviação da convalescença, a volta ao trabalho, a prescrição quase obrigatória de medicamentos e o ocultamento da doença são ideais a serem perseguidos. A doença passou a representar o fracasso orgânico e mental e, rapidamente, deve ser ultrapassada para devolver, o mais rápido possível, esse corpo pretensamente são ao mercado de trabalho e à sociedade.

Para reforçar esta questão, vale citar o comentário de Sant’Anna (2002):

[...] as inúmeras exigências feitas ao corpo, coagindo-o a ser cada vez mais saudável, jovem e um produtor infatigável de prazer, acabam provocando uma vontade crescente de resgatar esse corpo, adulá-lo e protegê-lo, fornecendo-lhe quase a mesma importância e os mesmos cuidados outrora concedidos à alma. No limite, cuidar do

<sup>65</sup> É a medicina tradicional, que utiliza medicamentos com o objetivo de causar no organismo do doente uma reação oposta aos sintomas que apresenta, a fim de reduzi-los ou neutralizá-los.

<sup>66</sup> Tal termo pode ser definido de acordo com a seguinte afirmação: “Os cuidados paliativos buscam qualidade de vida, baseada principalmente na prevenção e alívio do sofrimento de pacientes que possuem doenças ameaçadoras de vida, englobando as esferas de ordem física, psicossocial e espiritual”. Definição encontrada na publicação: BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 90-105, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932017000100090&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000100090&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 jul. 2020.



corpo significaria, portanto, o melhor meio de cuidar de si mesmo, de afirmar a própria personalidade e de se sentir feliz. É quando, no lugar de um controle-repressão, o investimento sobre o corpo adquire, como havia sugerido Foucault, o perfil de um controle-estimulação. (SANT'ANNA, 2002, p. 99).

O corpo ligado à saúde torna-se um binômio ideal, que deve ser conquistado, investido e mantido, com a finalidade de dele emanar o prazer e a felicidade. Logo, o corpo se transforma no lugar onde o sujeito deve parecer saudável (MOULIN, 2009). Conforme a autora descreve, a medicina preventiva nasce para, em nome de manter uma “constante e inabalável saúde”, buscar insistentemente uma desordem, uma perturbação, uma doença. Essa varredura médica nos corpos, ainda saudáveis ou pré-doentes, se dá por meio de *checkups*, exames preventivos periódicos, programas governamentais de detecção de doenças específicas, tais como Saúde do Homem, Saúde da Mulher ou campanhas em meses do ano, marcadas com ações para chamar a atenção de doenças, como o câncer de mama ou da próstata. Conforme a autora comenta, a medicina preventiva produziu um curto-circuito entre a saúde e a doença, no sentido de minimizar a última e maximizar a primeira. E mais: o avanço da medicina preditiva, que trata de avaliar o mapa genético de cada indivíduo no diagnóstico de doenças ainda não “visíveis”, acaba por transformar a medicina em uma espécie de “oráculo biotecnológico” do futuro.

Em vista destes comentários iniciais, destacam-se algumas citações e conceitos sobre saúde, doença e cura, baseados na obra “*O Normal e o Patológico*”, de Georges Canguilhem (2009), que lembra que a medicina grega, por meio dos escritos hipocráticos, oferece uma concepção dinâmica da doença, não pontual, mas totalizante:

A natureza (*physis*), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Neste caso, a doença não está em alguma parte do homem. Está em todo o homem e é toda dele. As circunstâncias externas são ocasiões, e não causas (CANGUILHEM, 2009, p. 12).

De acordo com o autor, a doença não deixa de ser uma prova de que o organismo é desafiado a exceder e utilizar as suas reservas fisiológicas no limite do fisiopatológico, gerando sinais, sintomas e desequilíbrios funcionais, cujo objetivo

primordial é reforçar as defesas do organismo e trazer de volta ao corpo o estado de saúde.

Seguindo nessa direção de conceitos, a saúde, por definição, é um “estado silencioso” do corpo, porque representa a norma; já a doença, na maioria das vezes, é um “estado corporal ruidoso”, decorrente de uma falta transitória de integração das funções fisiológicas (DOUGLAS, 2000). Deduz-se que a negação da saúde não é necessariamente doença, como também não pode ser entendido o oposto, visto que ambas as condições podem coexistir e, de fato, estão em convivência oscilante. Há somente um “predomínio transitório ou uma tendência à persistência” de uma sobre a outra, ou seja, em um dado momento, o indivíduo é mais saudável do que doente e, em seguida, mais doente do que saudável, e assim sucessivamente, por exemplo. (DOUGLAS, 2000; BÉRNARD, 1947; CANNON, 1939).

Conforme afirmação de Moulin (2009, p. 18): “a doença caracteriza de certo modo o ser vivo”, ou seja, sem doença não há vida, ou, com ousadia: a doença perfeita é a morte. Indo um pouco além, no sentido da obra do sociólogo Zygmunt Bauman (2007) - que faz a seguinte citação em *“Vidas Líquidas”*: “A vida líquida é uma sucessão de reinícios e precisamente por isso é que os finais rápidos e indolores, sem os quais o reinício seria inimaginável, tendem a ser momentos mais desafiadores [...]” – seria possível sugerir que a saúde e a doença são objetivadas como “alternâncias líquidas e velozes”, sendo que a preocupação com a saúde é maior do que com a doença. A “fluidez líquida” da coexistência de ambas imprime movimentos de entradas e saídas – do equilíbrio funcional (a normalidade) – constantes e rápidos no corpo.

Por outro lado, em um contexto de relação entre medicina e normalidade, a socióloga canadense Barbara Marshall (2010) faz uma problematização desta última, baseada no que David Armstrong (1995) chamou de “medicina de vigilância”. Na medicina de vigilância, “a saúde não existe mais em uma relação binária rígida com a doença” e é característica de “um mundo em que tudo é normal e ao mesmo tempo precariamente anormal, e em que um futuro que pode ser transformado permanece uma constante possibilidade” (1995, p. 400). Como ele descreve,

na Medicina de Vigilância, cada doença é simplesmente um ponto nodal em uma rede de monitoramento do estado de saúde. O problema é menos a doença em si, mas o estado semipatológico pré-doença em risco” (ARMSTRONG, 1995, p. 401).

Dessa forma, a vigilância constante do corpo, patrocinada pela “medicina medicalizada”, trata de rastrear e de controlar a saúde por meio de uma interferência artificial e programada sobre a oscilação natural e líquida entre os estados de saúde e doença.

Fazendo um contraponto com Sant’Anna (TREVISAN *et al.*, 2014), a historiadora afirma em entrevista que “nossos corpos não pertencem a ninguém, nem a nós mesmos”. Na metáfora utilizada pela própria autora, o corpo é paradoxal, à medida que não é algo pronto, mas também não é um rascunho: corpo é passagem. (TREVISAN *et al.*, 2014). Isto é, pode-se traçar um paralelismo com os conceitos de “fluidez” e de “passagem”, em que o movimento constante do corpo em sofrer transformações mediante ação do tempo e de fatores endógenos e exógenos também as experimenta por meio da passagem alternante e finita do estado de saúde para a doença e vice-versa. Quando se dialoga com o conceito “saúde/doença líquidas” com Rose (2013) e Dumit (2012), a doença pode estar oculta e necessita, conforme citado acima, de ações médicas preventivas, de vigilância e de mais sofisticados métodos diagnósticos. Isto faz com que a fronteira entre o tratamento e o aperfeiçoamento de uma dada “função/disfunção” torne-se tênue e, dessa maneira, o cuidado de si transforma-se em uma premissa e obrigatoriedade. Aqui emergem as ideias foucaultianas de biopoder.

Tendo-se uma visão emblemática dos últimos três séculos, se a palavra-chave do século XVIII era a felicidade e a do século XIX a liberdade, pode-se afirmar que a do século XX é a saúde (MOULIN, 2009). Tanto é assim, que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1949, concedeu um novo direito ao homem: o direito à saúde, definida como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social”, sendo que a saúde do corpo, de forma um tanto utópica, seria a ausência de enfermidade ou doença (MOULIN, 2009). Entretanto, a redescoberta do corpo começa no início do século XX.

Sant’Anna (2000a, 2000b) destaca que a reinvenção do corpo foi articulada desde o eugenismo, a partir dos EUA e Inglaterra, com a instituição, por exemplo, de “estatísticas e medidas corporais”. As ações eugênicas foram “camufladas” por políticas higienistas, cuja pretensão era impedir a disseminação de traços degenerativos das raças. Em seguida, segundo a autora, houve a proliferação das colônias de lazer, do escotismo, da popularização do cinema, dos clubes de férias

com o pagamento destas, da publicidade e da televisão. Na entrada dos anos 60, os movimentos de contracultura trouxeram a liberação sexual atrelada a ritmos musicais, como o rock; ao uso de drogas; transformações na moda, como a icônica minissaia, mudança nos padrões de beleza; na popularização da pornografia e, até chegar aos tempos atuais, com a biotecnologia e a digitalização da comunicação e dos corpos, via internet.

Os movimentos dos anos 60 trouxeram a liberação sexual e o corpo tornou-se protagonista da preocupação com saúde e bem-estar. Antigos pudores morais e sexuais vieram a baixo e os discursos sobre beleza, dietas, vida privada sexual se disseminaram e colocaram o corpo em diversos espaços: universidades, mídias, trabalho, arte (SANT'ANNA, 2000a). Inserido entre a contracultura e um mercado de consumo crescente, a autora destaca que “era preciso assumi-lo e redimi-lo, reconquistá-lo, conhecê-lo e liberá-lo” (SANT'ANNA, 2000a, p. 51), e acrescenta que grandes grupos empresariais redescobriram o consumo ávido da beleza, do lazer e dos medicamentos para emagrecimento. O corpo torna-se objeto de consumo em diversas dimensões, amplificado pela potente mídia televisiva. Sant'Anna (2000a) segue além e destaca que dois paradoxos são postos ulteriormente à década de 60: enquanto perdura o culto ao corpo e à valorização do autoconhecimento corporal, em outro sentido, há a crescente violência projetada sobre os corpos em ambientes intra e extrafamiliares.

Para além dos comentários da autora citada, os anos 80 trazem mais do que a liberação sexual e moral, surge uma ruptura com os limites biológicos de “genes e cromossomos XY”. Isto é, a liberação também se dá no âmbito do gênero e da espécie: a ciência e a tecnologia oferecem o suporte para modificar “padrões” físicos e mentais na sociedade, como no esporte (o uso de *doping*, por exemplo) e no ambiente de trabalho (maior produtividade). O objetivo é tornar o corpo mais veloz, ágil, ousado e performático e, por conseguinte, mais adaptado às demandas tecnocientíficas vigentes (SANT'ANNA, 2000a). O resultado foi a criação de “corpos musculosos aeróbicos”, onde a *performance* física também se estendia ao desempenho sexual. Mais do que o culto ao corpo, era o culto pela *performance*, em uma edição repaginada do ideal *self-made man* norte-americano.

Nos anos 90, a estimulação midiática e consumista continua, no sentido de manter corpos musculosos, “atléticos” e belos; porém, os excessos cobram um preço

à saúde e a qualidade de vida começa a penetrar nos discursos midiáticos, médicos e empresariais. Consequentemente, a indústria farmacêutica, atenta a essa tendência e vislumbrando uma “oportunidade de mercado”, utiliza discursos sobre a melhoria da qualidade de vida, em programas “educacionais e de avaliação da saúde”. No exemplo do laboratório Pfizer, em 1999, um ano após o lançamento de Viagra®, a empresa articula, por meio de folhetos impressos, a promoção de tais programas realizados dentro das empresas, cujo objetivo também incluía a saúde sexual (diagnóstico de impotência/disfunção erétil, hiperplasia prostática benigna e doenças transmissíveis sexualmente) (Figura 6). As narrativas, focadas no homem, apresentam os benefícios de se “ter” qualidade de vida para além do ambiente de trabalho, e finalizam com a seguinte afirmação: “É uma ótima oportunidade para cuidar de si mesmo e viver com mais saúde”. Nota-se que a *vontade de saber* e o *cuidar de si* foucaultianos estão objetivamente presentes nestes discursos no final da década de 90.

**Figura 6 – Folheto Caravana da Saúde In Company, 1999.**



Fonte: Agência Zero 11. Folheto Caravana da Saúde In Company, 1999.

Por sinal, assim como ocorreu na revolução da pílula anticoncepcional – da mulher foi exigido o cuidado de sua saúde, sexualidade e reprodução – em seguida ao lançamento de Viagra®, rapidamente o homem é solicitado a ser responsável por cuidar de si e de sua virilidade. Questiona-se, em uma época pós-moderna, quando o indivíduo tiver plena disponibilidade e capacidade de manuseio de conhecimentos sobre seu próprio corpo, se ele poderá realizar a gestão utópica de sua saúde e de

sua doença, alcançando a expectativa de Descartes: “cada um será o médico de si mesmo”? (MOULIN, 2009, p. 82).

Conforme visto até aqui, em especial a partir da segunda metade do século XX, o corpo foi alvo de atenções, intervenções, redescobertas e questionamentos muito além das dimensões médicas. No entanto, os avanços dos saberes científicos, em conjunção às intensas transformações culturais, marcaram a proliferação de discursos sobre o sexo e a sexualidade de corpos masculinos e femininos.

“*A História da Sexualidade*”, de Foucault (2018a), aponta que dois elementos – a “vontade de saber” e o controle dos corpos – impulsionaram a burguesia ou “aristocracia” do século XIX a constituir uma biopolítica dos sexos. Tal política tinha como objetivo instituir a normalidade de comportamentos privados, através do controle e medicalização das mulheres, das crianças e da sexualidade sem propósito de reprodução. Esta ação proporcionou as condições para que a sexualidade se transformasse em objeto de estudo. Vale citar Foucault (2018a), sobre o papel da burguesia na construção do biopoder através da sexualidade:

Ao invés de uma repressão do sexo das classes a serem exploradas, tratou-se primeiro, do corpo, do vigor, da longevidade, da progenitura e da descendência das classes que “dominavam”. Foi nelas que se estabeleceu [...] O dispositivo de sexualidade como nova distribuição dos prazeres, dos discursos, das verdades e dos poderes. [...] É um agenciamento político da vida, que se constituiu não através da submissão de outrem, mas numa afirmação de si (FOUCAULT, 2018a, p. 134).

No entanto, inicialmente, a compreensão se dava na esfera da moral, cujo enfoque eram “perturbações” da sexualidade, tais como as doenças venéreas, o nanismo e as “aberrações sexuais” (SOHN, 2009). Esta sexologia “primitiva” cuidava dos exageros sexuais, que poderiam provocar esgotamento sexual. Por sinal, Foucault (2018a) salienta que, desde o início do século XIX, houve a separação da medicina do sexo da medicina geral do corpo, posicionando o “instinto” sexual com seus desvios, enfermidades ou processos patológicos para fora de um corpo, mesmo “dentro da normalidade”.

Entretanto, antes de adentrar à historicização da sexualidade, vale introduzir algumas definições e diferenciações sobre sexualidade e sexo. A sexualidade pode ser entendida e estudada sob diversos aspectos: fisiológico, filosófico, histórico,

cultural, social, antropológico, médico e psicológico. Cada uma destas áreas inclui pressupostos e concepções teóricas diversas; entretanto, não é possível entender a sexualidade como simplesmente sinônimo de sexo. Este último compreende características dos órgãos genitais e da anatomia dos corpos, distinguindo-os em masculino, feminino e *intersexo* (chamado outrora de hermafrodita) (WOLFF; SALDANHA, 2015; SENEM; CARAMASCHI, 2017). A palavra sexo também faz referência ao ato sexual.

A OMS, em 1972, cria a definição de “saúde sexual” e a impulsiona com o estatuto de direito universal (OMS, 2019). A OMS, então, define sexo como as características biológicas que definem os seres humanos em macho e fêmea e a saúde sexual como: “[...] um estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade [...]” (OMS, 2019). A sexualidade insere-se, ao longo da vida, em um desenvolvimento progressivo, desde o nascimento até a velhice, sem confundi-la com a exclusividade da função genital (OMS, 2006). Para além do ato físico do encontro de dois corpos no ato sexual, a sexualidade pode ser a base para a organização social e para a moralidade, constituindo um sistema simbólico intrincado (GREGERSEN, 1983; RHODEN, 2011). Também, a sexualidade pode ser vista por um ângulo de vivência e de experimentação, entrepostas na estrutura social que permeia um conjunto de valores e normas, delineador de ações e condutas.

Complementando, a sexualidade, construída no desenvolver da maturidade, também inclui predisposições, experiências e preferências sexuais, que ajudam na formação da identidade sexual do sujeito, a qual se expressa por meio de gestos, comportamentos, atitudes, ações e interações. O corpo, por meio de seus componentes neurais, hormonais e orgânicos, torna-se o “instrumento” produtor e receptor do exercício da sexualidade e da produção de bem-estar e de prazer. A saúde, também se insere nesse contexto sexual, em dupla via.

Feitosa (2005) afirma que a sexualidade está atrelada a valores e princípios estabelecidos nos grupos sociais, dentro de temporalidades e espaços históricos. Deste modo, a sexualidade é influenciada por inúmeros fatores, conforme assinalado na própria definição da OMS acima descrita, sendo uma experiência distinta, complexa, ampla e polimorfa na existência humana.

Quando se introduz o pensamento de Bourdieu (2010), este faz uma reflexão sobre a construção da sexualidade masculina, no sentido de que esta é

“eretocêntrica”, exercida de forma simbólica “suave e natural”, e os movimentos desse corpo viril nos contextos sociais se dão para o alto em um sentido de dominação e superioridade, esboçados até na própria relação sexual. As diferenças biológicas são construídas e relevadas como “naturais”. Pode-se intuir, com base no autor, que tal dominação é compreendida e reproduzida em uma condição de “hábito”, tanto pelos homens como pelas mulheres e, indo além, determina quais as categorias de pensamentos e comportamentos (“hábitos”) que os indivíduos se munem para perceber o mundo.

Conforme alguns autores estudiosos da sexologia (BULLOUGH, 1994; RUSSO, 2013), a evolução desta apresenta três “ondas” ou etapas, sendo que a primeira onda surgiu no século XIX e a última, denominada de Medicina Sexual, iniciou-se com o advento da “biologização”, no final dos anos 90, com o lançamento de Viagra®, de acordo com uma visão antropológica de Russo (2013).

Em concordância com diversos autores já citados, dentre os quais Foucault (2018a), a *scientia sexualis* aparece na virada do século XIX ao XX, na Europa, mais precisamente na Alemanha e Inglaterra. O conceito de “ciência sexual” surgiu nos meios médicos e psiquiátricos, por meio da publicação, em 1886, da “*Psychopathia sexualis*”, de Richard von Kraft-Ebing, além dos “*Estudos de psicologia sexual*”, de Havelock Ellis (SOHN, 2009), e do médico alemão, Magnus Hirschfeld (RUSSO, 2013). Este último é o pioneiro na descriminalização da homossexualidade na Alemanha e cria, em 1919, o Instituto para a Ciência Sexual. Também funda com Ellis e Forel a Liga Mundial para a Reforma Sexual, com os objetivos de estimular a educação sexual, a reprodução consciente e a igualdade dos sexos, além de lutar contra preconceitos de sexualidades marginais (SOHN, 2009).

As publicações fundamentavam-se em estudos de casos embasados em uma incipiente “metodologia científica”, para a compreensão de comportamentos e de perversões, e transportou a discussão de patologias sexuais do âmbito jurídico para o médico-psiquiátrico. Em seguida, a teoria freudiana entra em cena pela primeira vez, em 1905, com os “*Três ensaios sobre a sexualidade*”, e separa o sexo da sexualidade. Freud os analisa como fenômenos diferentes e, com isto, amplia o conceito de sexualidade e do ato sexual para além do sexo biológico, das características genitais ou até da própria reprodução (CAROL, 2013; SENEM; CARAMASCHI, 2017). O



prazer torna-se a essência da sexualidade, em uma ruptura da sexualidade reprodutiva para uma sexualidade hedonista (SOHN, 2009).

A partir da obra “*Sexualidades Ocidentais*”, André Béjin (1987, p. 213) situa o aparecimento da segunda onda sexológica entre 1922 e 1948, em que não mais “as perversões” ou os “desvios” são o foco do sexólogo, mas, conforme a citação: “[...] pouco lhe importa o desvio, o alvo de sua caça é a disfunção”. Em 1922, Wilhelm Reich foi o pioneiro a descobrir a “verdadeira natureza da potência orgástica” e iniciava-se a “era orgasmológica” (REICH, 1990, p. 97). Estes primeiros discursos sexológicos, de certa forma, colaboraram para lançar a sexualidade para fora dos espaços de vergonha e silêncio na sociedade.

Alfred Kinsey, em 1948, publicou as obras clássicas, conhecidas popularmente como “*Relatório Kinsey: Sexual Behavior of the Human Male*” (1948) e “*Sexual Behavior in the Human Female*” (KINSEY; POMEROY; MARTIN, 1953), que marcaram a base da segunda “onda sexológica” e introduziram, de forma imediata, a discussão da sexualidade “normal”, em contrapartida à “anormal”. Primeiramente, houve um deslocamento do conhecimento do centro europeu para os Estados Unidos e, secundariamente, a mudança de investigação e terapêutica das “perversões” para a visão fisiológica da sexualidade “comum”, acompanhada de uma “ruptura” entre sexualidade e reprodução (BULLOUGH, 1994). O objetivo dos estudos era mapear não a anormalidade, mas os comportamentos e práticas sexuais normais, em uma amostragem de 10 mil indivíduos. Na ausência de avaliar a vida conjugal ou reprodutiva, Kinsey tinha interesse nos contextos onde havia a geração de orgasmos. Portanto, segundo Béjin, a sexologia transforma-se em “orgasmologia”, e o objetivo de uma sexualidade autônoma se firmava pelo entendimento e busca do prazer (BÉJIN, 1987). Os objetivos de Kinsey eram aprofundar o entendimento científico da função sexual e divulgá-lo ao público americano, para contribuir com a melhoria do relacionamento sexual dos casais (RUSSO, 2013).

Outra obra cuja abordagem da fisiologia da sexualidade marcou o final dos anos 60 e início dos 70 foi a do médico Willian Howell Master e da psicóloga Virgine Eshelman Johnson (CAROL, 2013; RUSSO, 2013; SENEM; CARAMASCHI, 2017). O casal estudou meticulosamente como a estimulação erótica através da masturbação e do ato sexual desencadeavam alterações de parâmetros fisiológicos no corpo, através de um projeto terapêutico (CAROL, 2013). A dupla de pesquisadores, por

meio de suas observações metodológicas, e com a ajuda de instrumental especificamente desenvolvido para mensurar diversos parâmetros da fisiologia sexual durante a atividade sexual – tais como frequência cardíaca e respiratória, intumescimento de órgãos sexuais, alteração da coloração de mucosas e fluxo sanguíneo –, descreveram a “resposta sexual humana normal”. A partir disto, estabeleceram conceitos sobre o “anormal” do ponto de vista sexual em homens e mulheres em um segundo livro, *“Human sexual inadequacies”* – publicado em 1970 (RUSSO, 2013).

O historiador Peter Stearns (2010, p. 232) relata que uma das mudanças mais dramáticas quanto à sexualidade na época contemporânea ocorreu pela “explosão de uma cultura pública mais sexualizada”, que se disseminou por quase todas as sociedades. Houve uma confluência de elementos entre novas mídias, exacerbado consumismo e a globalização. Segundo o autor, foi criado um estímulo difusor da “busca do prazer no sexo recreativo”. No pós-Segunda Guerra, a disponibilidade para consumo de literatura, pornografia, filmes e revistas sobre sexo aumentou, a partir dos países industrializados, e direcionou-se para o restante do mundo. Tal movimento de erotização da cultura se estabelecia em um “sistema que defendia a validade do prazer sexual, a importância da satisfação sexual como parte de uma vida feliz – incluindo, mas não se limitando, ao casamento” (STEARNS, 2010, p. 242). Ademais, o autor afirma que o culto ao corpo e as relações entre sexualidade pública e o consumismo se interconectaram cada vez mais, em um cenário onde a “cultura sexual vendia, e ajudava a vender outras mercadorias” (p. 244).

Deve-se lembrar que, no recorte temporal entre os anos 60 e 70, três “eventos quase simultâneos” apareciam no Ocidente: 1 – a “contracultura” dos jovens e os movimentos de minorias questionavam politicamente a sexualidade, no final da década de 60; 2 – o lançamento do primeiro contraceptivo feminino oral (a pílula), no final da década de 50 e 3 – a interação científica entre centros de pesquisa fisio-psico-farmacológica trazia para a sexualidade a medicalização e a psicoterapia, porém, com nítida predominância da primeira abordagem sobre a segunda.

Se, por um lado, a medicina no século XX influenciou marcadamente a sexualidade, no sentido de ter desenvolvido tecnologias reprodutivas (contraceptivas e conceptivas) e tratamentos farmacológicos para disfunções sexuais, produzindo um novo patamar de importância às sexualidades não conjugais, a obra de Foucault

(2018a), além de discorrer sobre a *scientia sexualis*, também elucida outra ação sobre a sexualidade: “a vontade de saber” sobre ela, seja na psicanálise, na fisiologia, na antropologia, na pedagogia, na demografia, na sociologia, e na própria história (LOYOLA, 2003).

Conforme já introduzido, desde o século XX e início do XXI, o modelo de controle social, chamado por Foucault (2018a) de biopoder, possui, no discurso e nas ações da medicina e de outras disciplinas acima descritas, os seus elementos fundamentais. O meio utilizado é um investimento político sobre a vida dos indivíduos, nos “atributos e características” das populações, na reprodução coletiva e individual, sendo que tal biopoder utiliza a sexualidade como um domínio de manejo sobre esses dois elementos da reprodução (ações e discurso).

O esperado era que o biopoder seria exercido pela repressão controladora da sexualidade e pela confirmação da aliança e do casamento. Porém, Foucault (2018a) descarta este indício e apresenta a estimulação aos prazeres, por meio da supervalorização dos desejos e das sensações, delineando uma verdadeira “explosão discursiva sobre o sexo”. Salienta-se que, a partir da obra de Kinsey (1953), a desvinculação da reprodução e do sexo se tornou uma realidade irrefutável, e o prazer se descolou da procriação. Ambos foram consequência direta da “vontade de saber”, por meio de pesquisas científicas sobre comportamento e fisiologia sexuais no homem e na mulher, nos Estados Unidos (KINSEY; POMEROY; MARTIN, 1953; LOYOLA, 2003).

De acordo com Loyola (2003), vários estudos foram publicados após o Relatório Kinsey. Entretanto, com o aparecimento da SIDA<sup>67</sup>, na década de 80, as pesquisas, principalmente as epidemiológicas, colocaram a sexualidade contemporânea em uma categoria de análise apenas comportamental, em que as explicações fisiológicas e fisiopatológicas reforçavam seu caráter somente orgânico. Segundo a interpretação antropológica de Russo (2013), a partir de 1998, com o lançamento do citrato de sildenafila (Viagra®), surgiu a “terceira onda” sexológica, ou a Medicina Sexual, liderada por urologistas e pela indústria farmacêutica, caracterizada pela medicalização da sexualidade masculina.

---

<sup>67</sup> Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, ou a sigla em inglês, AIDS.

Vale tecer algumas considerações sobre o termo medicalização, que se encontra ainda em discussão na literatura. A princípio, existem diferentes definições sobre o vocábulo e, muitas vezes, são incompatíveis entre si, além de serem formas diversas de apreender as complexas relações entre saúde e sociedade (CAMARGO JUNIOR, 2013).

Na década de 70, no campo da sociologia da saúde, Irving Zola, Peter Conrad e Michel Foucault iniciam suas discussões sobre o progressivo avanço da medicina em diversas áreas que antes não detinha influência (FOUCAULT, 1977; CONRAD, 2007).

Para Foucault, a medicalização é um dispositivo do exercício da biopolítica, com o objetivo de produzir ações através dos tratamentos médicos sobre os corpos. (FOUCAULT, 1977). Entre os séculos XVIII e XIX, conforme comentado anteriormente, a medicina europeia ampliou sua intervenção sobre outras esferas, tais como o Estado, as cidades e a pobreza. Esse contexto, de certa forma, preparou a explosão da biopolítica da medicalização, iniciada a partir do final do século XIX, ampliada no século XX e mantida neste XXI (ZORZANELLI; CRUZ, 2018).

Em outra definição operacional, Conrad (2007) descreve que a medicalização é “um processo que transforma “problemas não médicos ou problemas da vida” (ou “de saúde”) em “problemas médicos”, geralmente denominados de transtornos ou doenças” (CAMARGO JUNIOR, 2013, p. 844). Destaca-se que, nessa definição, não há o radicalismo de “julgamento moral” da medicalização, presente em teses mais inflexíveis sobre o termo. Camargo Junior (2013) discute esse ponto e reflete que várias narrativas estão agrupadas sob a mesma denominação. Entre os extremos, há a impossibilidade legítima de a medicina se situar no espaço de curar, tratar doenças e oferecer melhora à saúde, tal como Ivan Illich (1975) sugere e, por outro lado, há o reconhecimento ético da intervenção médica como um saber técnico legítimo para o bem da saúde do corpo. Deve-se, por isso, ter cautela no uso do termo medicalização, para não o transformar em generalizante e dogmático, no sentido de até transformá-lo em uma “teoria de conjuração”.

Deve-se, entretanto, fazer certa distinção com o termo farmacologização (“*pharmaceuticalization*”, no original, em inglês), que se encontra fora das definições acima descritas (CAMARGO JUNIOR, 2013). O termo indica que há alterações de capacidades, funções e potencialidades humanas, com possível ação farmacológica

intervencionista (WILLIAMS; MARTIN; GABE, 2011). Em outras palavras, a prescrição de medicamentos se faz para condições que não necessariamente se enquadram em doenças ou patologias, mas para atingir uma “normalidade ótima”, ou produzir um aperfeiçoamento de uma dada função orgânica. Apesar de poder haver superposições com a medicalização (WILLIAMS; MARTIN; GABE, 2011), o autor ressalta que a farmacologização é uma construção tecno-social complexa, em que são elaboradas novas representatividades, significados e identidades sobre a utilização de novos medicamentos.

Por exemplo, somente para introduzir: na análise sobre o uso do Viagra®, Meika Loe (2001) e Jane A. Russo (2013) descrevem que a “farmacologização do sexo” é desempenhada, no sentido de que produtos farmacêuticos passam a ser percebidos como as já citadas “drogas de estilo de vida”, as quais têm o objetivo de melhorar ou aperfeiçoar uma função corporal que não está completamente “normal” (MARSHALL, 2006). Aliás, nos próximos capítulos, essa questão será problematizada, por meio da avaliação de fontes médicas e midiáticas. Portanto, nesta pesquisa, optou-se, preferencialmente, pelo termo farmacologização, ponderando o embasamento teórico nos autores acima citados (WILLIAMS; MARTIN; GABE, 2011). Em vista disso, considera-se, a medicalização como uma intervenção terapêutica necessária, ética e legítima para contextos médicos patológicos com diagnósticos comprovados pela literatura (por exemplo, uso de medicamentos anti-hipertensivos para tratar pressão alta).

Para finalizar este subitem, vale sublinhar algumas ponderações sobre o corpo no processo de envelhecimento, fenômeno biológico, social e cultural, com repercussões psicológicas também. Entende-se por um conjunto de processos, através dos quais o indivíduo se torna velho, isto é, atinge o estado de velhice. Não há um limite etário absoluto para tal condição fisiológica. Por um consenso prático, a medicina e as instituições sociais diversas consideram que o indivíduo começa a se tornar velho a partir dos 60 ou 65 anos.

É indubitável a longevidade, neste século XXI, sendo um fenômeno já presente tanto no Ocidente como no Oriente e, tal limite etário tende a ser deslocado progressivamente mais adiante. Por exemplo, a OMS conceitua a velhice em 60 anos e 65 anos, para países em desenvolvimento e países desenvolvidos, respectivamente.

Tal categorização inclui as condições socioeconômicas dos países e, obviamente, podem ser amplamente contestadas (FREITAS, QUEIROZ; SOUZA, 2010).

Poder-se-ia considerar que, a partir do nascimento, o corpo começa a envelhecer, mas, de acordo com a maioria dos autores, estima-se que o envelhecimento somente se inicia depois da adolescência, mais precisamente após os 25 anos, quando se atinge o desenvolvimento biológico máximo (DOUGLAS, 2000). Assim sendo, o envelhecimento do ponto de vista biológico é um processo dinâmico e progressivo, em que as reservas fisiológicas diminuem e as capacidades adaptativas funcionais dos órgãos e dos tecidos tendem a se reduzir gradativamente, o que torna o velho um ser mais propenso a desenvolver doenças e disfunções e, conseqüentemente a morte.

De acordo com a PNAD Contínua (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) (IBGE, 2017), a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017. Em 2060, o percentual da população com 65 anos ou mais de idade chegará a 25,5% (58,2 milhões de idosos), enquanto que, em 2018, essa proporção é de 9,2% (19,2 milhões).

Quando se remete ao estado de envelhecer, segundo a historiadora Denise Bernuzzi Sant'Anna (2016):

A velhice termina com a morte e faz parte da vida. Mas essa evidência não esgota o sentido do envelhecimento, nem revela a sua conturbada história. Primeiro porque os contornos do que se entende por velhice flutuam de acordo com as épocas e as culturas. Dependem da expectativa de vida de cada grupo social, vinculam-se ao que se entende por juventude e idade adulta, podendo ser modificados pela moralidade familiar e de acordo com as crenças religiosas. Em segundo lugar, o entendimento da velhice parece oscilar entre duas dimensões: uma que a transforma em sinônimo de uma sucessão de perdas, como se ela fosse necessariamente uma espécie de decrepitude sem volta; outra que a aproxima de uma vida propícia à meditação, à contemplação e ao equilíbrio (SANT'ANNA, 2016, p. 12).

Em acréscimo à reflexão da autora citada, envelhecer e perceber o envelhecimento é um ato intra e extracorpóreo dinâmico. Se ele envolve perdas e limitações das funções orgânicas, ou seja, da saúde, também engloba ganhos, pois somente perde o sujeito que teve algo (físico/psíquico) a adquirir na infância,

juventude e adultez. Afinal, é óbvio: só tem o “privilégio” de envelhecer quem não morreu jovem. Por outro lado, o envelhecer torna-se uma vivência sofrida e dolorosa quando estão presentes isolamento, dependência física e psicológica, abandono familiar, limitações financeiras, além de diversos fatores que podem precipitar ou agravar doenças crônicas (FERRANTI; COLUSSI; COMIN, 2018).

Já quando se relaciona imagem e corpo, a autoimagem corporal, conceituada como o significado e a representatividade que cada indivíduo possui do seu corpo, pode influenciar diretamente a saúde e o cuidado de si. Cada indivíduo é responsável pelo seu envelhecimento, mas vários elementos transitam nessa trajetória, tais como gênero, idade, predisposições genéticas, presença de doenças crônicas, nível de estresse físico e psíquico, estado nutricional, nível de atividade física, envolvimento no trabalho, relação familiar, vida social, lazer, grau de medicalização, entre outros (MENEZES *et al.*, 2014). Além disso, a mídia, conforme será discutido nos próximos capítulos, pode produzir influências discursivas e imagéticas na construção da imagem do indivíduo que envelhece. Muitas das vezes, padrões e modelos são “impostos” para o cuidado corporal e tornam-se anseios total ou parcialmente inalcançáveis, gerando angústia e frustração.

Nogueira e Alcântara (2014), além de Araújo, Sá e Amaral (2011) enfatizam que o processo de envelhecimento, mediante inúmeros fatores, vai deixando marcas nos corpos e transformando o corpo jovem, maduro, em um corpo envelhecido. Isto repercute diretamente na autopercepção dos indivíduos idosos e de como eles interagem com seu próprio envelhecer, com seu corpo transformado e com o meio ao seu redor. No quesito sexualidade e masculinidade, conforme já descrito anteriormente, estas marcas ainda estão vinculadas à ereção. Pois, quando o homem maduro se defronta com a impotência/disfunção erétil, seja ela de qualquer magnitude, gera sofrimento e, apesar dos tabus ainda vigentes, a busca de tratamento médico (urologistas, clínicos gerais, cardiologistas).

Contudo, deve-se ressaltar que, com a introdução de drogas de fácil administração por via oral, como o pioneiro Viagra®, seguiu-se a construção e a promoção pela “imaginação farmacêutica” de um modelo de corpo saudável, jovem e detentor de uma vida sexual ativa além da maturidade (MARSHALL, 2010). Marshall (2009; 2010) e Rohden (2011) sugerem que, mediante a inserção de tais produtos no mercado, as narrativas criadas foram as de que a saúde do homem seria mostrada

como tão vulnerável e necessitada de cuidados como às da saúde da mulher, ou seja, houve um processo de “feminização dos cuidados médicos” da saúde sexual masculina, gerando uma intervenção denominada de “vigilância da virilidade”. Estas ações discursivas vêm de encontro ao ideal performático de masculinidade, criado pela sociedade e pelas suas instituições, sendo reverberado com o objetivo de manter e estender a sexualidade funcionante na velhice longa.

## **2.2 Pílula anticoncepcional: a mulher condutora de sua própria sexualidade**

O controle da natalidade por meio do uso de um medicamento por via oral, a pílula anticoncepcional, é considerado um marco não somente médico-farmacológico, mas, também, transformador cultural, cujas diversas esferas sofreram seu impacto, em especial, o corpo feminino, a sexualidade, a dinâmica familiar e até o trabalho. O medicamento foi revolucionário, uma vez que posicionava a mulher como condutora de sua reprodução. A historiadora Mary Del Priore ressalta esse aspecto: “Numa época em que era comum ver mulheres conceberem sete, dez, até 12 filhos, obedecendo ao 'crescei e multiplicai-vos', a pílula revolucionou os hábitos sexuais”<sup>68</sup>.

Em consonância com as ideias de biopoder de Foucault (2018a), desde o século XVIII, o controle populacional, suportado, ou segundo, a teoria proposta pelo pastor anglicano Thomas Malthus, deveria ser o objetivo do Estado. Ou seja, para Malthus o crescimento desenfreado da população levaria ao esgotamento dos recursos alimentares e materiais. Sua proposta para controle da natalidade era, por um lado, retardar o casamento e reduzir a geração de filhos e, por outro, a abstinência sexual (CAVALIERI, 2017).

Foi somente no século XX, em 1920, que a fisiologia do ciclo menstrual e a ação dos hormônios começaram a ser estudados e compreendidos e, deste modo, a reprodução e o controle da fecundidade iniciaram seu acúmulo de saberes médicos e biológicos (FONSECA SOBRINHO, 1993). Vale lembrar que, a partir do século XIX, os métodos “contraceptivos”, de acordo a Anne-Marie Sohn (2009), ainda eram primitivos, mas tinham eficácia. Por exemplo, o coito interrompido já se incorporara na

---

<sup>68</sup> Afirmação de Mary Del Priore para a matéria: “Os 60 anos da pílula que revolucionou o mundo”, publicada em 09 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/os-60-anos-da-pilula-que-revolucionou-o-mundo,d7648084a787f167cb8be7124086ee3600h1bl88.html>. Acesso em: 03 ago. 2020.



cultura da sociedade europeia e era seguido, de muito longe, pelos preservativos. Então, durante a primeira metade do século XX, a contracepção ainda é “controlada” pelo corpo masculino.

No entanto, depois da Segunda Guerra, as mulheres buscam ter controle cada vez mais de sua fecundidade e de seu corpo. Duchas vaginais, esponjas intrauterinas, geleias e cremes espermicidas, diafragma<sup>69</sup> e o DIU<sup>70</sup>, posteriormente recomendados pelos neomalthusianos, começam a ganhar a confiança do público feminino. Também, a abstinência no período reprodutivo do ciclo menstrual é difundida a partir de sua descoberta por Ogino-Knaus, em 1929. Esse método, apesar de ser tolerado pela Igreja Católica, apresenta uma baixa taxa de eficácia (SOHN, 2009). Entretanto, é por meio da opção pelo método abortivo que as mulheres tomam para si o “controle” de seu corpo e da “segurança” de decidir a manutenção ou não da gravidez, quando “falha a prudência masculina” (SOHN, 2009, p. 137). Conforme a autora assevera, o aborto ultrapassa sua condição médica, e transforma-se em um fenômeno social. Ela cita Angus McLaren, com a reflexão de que as mulheres com o “domínio” do abortamento exercem um “feminismo do cotidiano” (p. 139), e se afirmam com a “rejeição das tutelas, tanto conjugais como médicas ou religiosas, sobre seu corpo” (p. 139).

O desenvolvimento dos anticoncepcionais orais nos centros de pesquisa e laboratórios farmacêuticos se deu a partir da década de 50, sendo que, em 1957, o *Food Drug Administration* (FDA), nos EUA, aprovou um medicamento para o tratamento de enfermidades ginecológicas e para distúrbios do ciclo menstrual. Aliás, o efeito anticoncepcional é atingido devido à determinada concentração de hormônios femininos (estrógenos e progesterona) presentes no medicamento, os quais bloqueiam a ovulação. No princípio, essas concentrações eram muito altas. Também, o medicamento possui outros efeitos, como no tratamento de acne, além de servir para regularizar ciclos menstruais e reduzir sintomas decorrentes destes.

Por sinal, como já descrito, os anos pós-Segunda Guerra trouxeram uma conjuntura com vários movimentos sociais feministas e hippies, cujas reivindicações

---

<sup>69</sup> É um aro flexível, em formato de abóboda, feito de látex ou silicone, posicionado no colo do útero mediante procedimento médico, para ter efeito contraceptivo.

<sup>70</sup> Dispositivo Intrauterino (DIU): é uma haste de plástico em formato de T, introduzido através de procedimento médico no útero, para atuar como contraceptivo.

passavam pela ruptura de costumes e comportamentos sexuais, pela liberação sexual e pelo direito de cada indivíduo decidir sobre sua vida reprodutiva (CAVALIERI, 2017). Nesse âmbito, o controle da natalidade e dos corpos femininos encontra seu “meio de cultura” perfeito para nascer e se expandir, desde o Ocidente.

A indicação da “pílula” para uso comercial, como anticoncepcional, ocorre somente em 1960, nos EUA, e em 1962 no Brasil. Desde então, a difusão do método anticoncepcional para todo o mundo, mais do que oferecer o controle sobre o número de filhos, também se transformou, nos países subdesenvolvidos, em uma estratégia de controle do tamanho da população (WATKINS, 1998).

A pílula anticoncepcional encontrou a mulher brasileira inserida no cenário do regime da ditadura militar. O governo, apesar de não ter políticas nacionais de saúde pública voltadas para a educação sexual ou saúde da mulher, priorizava a medicina previdenciária com alcance ainda limitado sobre a população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; SILVA, 2017). As mídias, em consonância com as políticas nacionais, ecoavam “teorias neomalthusianas”, cujas preocupações passavam pelo controle demográfico, a urbanização junto com a industrialização, o tamanho pequeno da família como ideal, a incorporação da mulher com crescente nível educacional no mercado de trabalho e o consequente aumento do consumismo (MENEZES, 2011; SILVA; BONAN; NAKANO, 2017; DIAS *et al.*, 2018).

No lado oposto ao método anticonceptivo, encontrava-se a Igreja Católica, firmando-se contra a utilização de métodos artificiais para o controle da fecundidade. Essa oposição repercutia em outras dimensões, tais como a medicina, a política, a moral e os costumes da época (SILVA; BONAN; NAKANO, 2017; SOUZA JUNIOR, 2006; DIAS *et al.*, 2018).

Outras resistências ao uso do anticoncepcional hormonal perpassavam pelas discussões sobre “planejamento familiar” e, também, pela Lei de Contravenções Penais de 1941, que proibia “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar o aborto ou evitar a gravidez” (DIAS *et al.*, 2018). No entanto, o mercado da pílula se ampliou rapidamente. Richers e Almeida (1975) mostram que, em 1966, 6 milhões de cartelas haviam sido compradas e, em 1974, a cifra subiu para 38 milhões. Os autores complementam: o número de laboratórios farmacêuticos acompanhou tal crescimento, de quatro para dezesseis até 1975, com 25 marcas e 47 produtos.

Neste ponto, vale questionar: “Quais os principais participantes envolvidos nessa conjuntura? Quais foram as possíveis repercussões sobre a saúde, a sexualidade e o corpo da mulher, a partir dos anos 60 até os anos 90, quando, no final destes, o enfoque da saúde começa a se deslocar para o homem, com o lançamento de Viagra®?”

Para ilustrar e iniciar a resposta a tal indagação nesse recorte temporal, dois exemplos midiáticos foram pesquisados e aqui apresentados de forma breve: uma matéria citada na capa da Revista *Realidade*, intitulada: “Natalidade: tudo sobre a pílula” (Figura 7), de 1966, e outra matéria de capa da Revista *Veja*: “Elas querem mais sexo e prazer” (Figura 8), de 1993.

Inicialmente, Dias *et al.* (2018) afirma que se formaram redes de interconexões entre diversos atores, tais como cientistas, médicos, farmacêuticos e profissionais de farmácia, grupos políticos, autoridades religiosas, lideranças governamentais, indústria farmacêutica, meios de comunicação e, finalmente, as mulheres consumidoras. Ademais, a distribuição das pílulas anticoncepcionais se dava por dois canais: através das organizações de planejamento familiar e pela prescrição nos consultórios médicos (CAVALIERI, 2017).

**Figura 7 – Capa da Revista *Realidade*, 1966.**



Fonte: REALIDADE. São Paulo: Editora Abril, ano 1, n. 2, p. 16-22, maio 1966.

Para uma sucinta problematização do acima citado, a matéria da Revista *Realidade* (1966, p. 18-19), já no seu segundo número, apresenta em seus discursos

alguns pontos que mostram como o uso do anticoncepcional se inseria na sociedade, passados quatro anos de seu lançamento:

- a) A narrativa inicia enumerando que os “métodos anticoncepcionais” mais utilizados no Brasil são: coito interrompido, preservativo, abstinência periódica, lavagens, cremes/geleias, diafragma. Quanto à ocorrência do aborto, lança um dado: “um milhão e quinhentos mil por ano”;
- b) Segue com o exemplo de uma mulher de 25 anos, com 6 filhos, que busca pela pílula para resolver seu “problema”;
- c) É citado o Código de Ética Médica de 1957, “O médico não anunciará, clara ou veladamente, processo ou tratamento destinado a evitar a gravidez”;
- d) Um médico entrevistado afirma que, para evitar abortos provocados e gravidez indesejada, a única forma é o uso de anticoncepcionais;
- e) Destaque para a narrativa: “Nos últimos anos, porém, grandes progressos alteraram a história dos anticoncepcionais. E esses progressos levaram os médicos do mundo inteiro a uma posição revolucionária diante da lei e dos costumes. Os instrumentos de revolução são as pílulas anticoncepcionais” (p. 19);
- f) Por causa das proibições, a matéria afirma: “Os laboratórios não usam nas indicações a palavra anticoncepcional: as pílulas são para regularizar a menstruação” e informa que, para os outros anticonceptivos, nomes “indiretos” são também usados e todos são vendidos nas farmácias, sem receitas;
- g) Há explicação detalhada sobre as apresentações, nomes dos produtos, hormônios, laboratórios que os produzem, mecanismo de ação, um vasto histórico sobre o desenvolvimento da pílula no mundo, além da posição contrária da Igreja Católica; porém, afirma que muitos católicos a desafiam com o uso da pílula;
- h) Margaret Sanger é citada com destaque, pois a narrativa afirma que ela é a fundadora do movimento de controle da natalidade nos EUA, sendo considerada a “mãe do anticoncepcional”;
- i) Questiona o controle da natalidade e o justifica devido a “razões econômicas, à superpopulação e pobreza de recursos”, em que “um desordenado crescimento demográfico cria a necessidade de novos empregos, em uma

proporção não compatível com a economia de um país”, segundo um presidente norte-americano (p. 21);

- j) Cita que, na Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, de 1965, “economistas, juristas, sociólogos, religiosos e médicos reconheceram a necessidade de planejamento familiar, embora por motivos diferentes” e cita a fundação da “Sociedade do Bem-Estar Familiar do Brasil” (p. 21);
- k) A narrativa segue em tom apocalíptico: “Paire sobre o Brasil a ameaça dos números: [...] seremos 225 milhões de párias desesperados no final do século” (p. 21);
- l) E finaliza: “A verdade, é que até agora, nada conseguiu deter o uso crescente dos anticoncepcionais, mesmo os menos eficientes e cômodos que a pílula e o DIU”.

Em poucas palavras, as narrativas tratam de mostrar, “didaticamente”, a “explosão e os benefícios” da pílula anticoncepcional, no sentido de que, os médicos que a prescrevem, em articulação com outros partícipes sociais, reivindicam o seu uso abertamente, sem proibições, inclusive com o “aval indireto” dos laboratórios farmacêuticos citados. O discurso justifica o controle da natalidade e o “planejamento familiar” pelos “dispositivos” econômicos (esgotamento de recursos x explosão demográfica), reforçado por mencionar a fala de um presidente norte-americano. A Igreja, por sua vez, apesar de ser destacada por sua posição contrária, ainda se encontra “confusa” em como abordar a pílula e conclui que, apesar das proibições, a pílula já conquistou seu espaço no controle da reprodução. A afirmação de que a mulher “está no controle” da sua própria fecundidade e do seu corpo permanece nas “entrelinhas discursivas”, quando descreve os vários métodos anticoncepcionais, incluindo o aborto.

Importante indicar que este controle contribui para modificar as noções de força e fragilidades sexuais, assim como as maneiras de conceber os corpos e o prazer. Entretanto, não será possível, nos limites dessa dissertação, desenvolver todos os aspectos dessa mudança. Dessarte, a tentativa deste trabalho será apenas a de pontuar alguns dos que se julgam mais significativos para perceber a progressiva medicalização/farmacologização do corpo masculino.

Quanto ao discurso, este “justifica” o uso dos anticoncepcionais para reduzir as altas taxas de aborto. Interessante notar ausências significativas nas alocações: não há menção sobre sexualidade, sexo, corpo feminino, saúde da mulher, prazer, relacionamento do casal, liberação sexual, feminismo ou a participação do homem no controle contraceptivo.

Em consenso com o comentado, vale citar Joana Maria Pedro (2003, p. 239), quando ela problematiza a experiência do uso das pílulas anticoncepcionais, a partir dos anos 60:

Era de sexo e de corpo feminino que se estava falando, quando acordos internacionais exigiam a redução da natalidade de países de terceiro mundo, como o Brasil. Era também de sexo que se falava, quando a Igreja Católica publicava documentos como a *Humanae Vitae*, decidindo pelos casais quais os métodos que estes poderiam utilizar para planejar o número de filhos que desejavam ter (PEDRO, 2003, p. 239).

Apesar de não estarem “presentes” neste exemplo de discurso midiático, o sexo e o corpo feminino perpassam “nomeadamente silenciosos” pelos biopoderes capilarizados (FOUCAULT, 1999), nitidamente narrados nas diversas instâncias sociais, políticas, econômicas, religiosas e médicas. O discurso na *Realidade* aparentemente posiciona a mulher “dentro da família” (vide fundação de uma tal “Sociedade do Bem-Estar Familiar do Brasil”) como a responsável pelo controle demográfico da população mundial, mas ainda não a situa abertamente como uma protagonista declarada, “dona de seu corpo”, independente do estado marital, e produtora de transformações sociais e culturais pós-Segunda Guerra.

A pílula anticoncepcional adentrou na vida da mulher para ratificar definitivamente a separação entre reprodução e sexualidade, e alavancar as representações de sexo e gênero para muito além da maternidade. Trouxe a possibilidade de a mulher viver de forma gratificante sua sexualidade, em conjunção com o prazer. Por sinal, este âmbito está claramente delineado, quase 30 anos depois, na matéria da *Veja*, de 1993. E, por mais óbvio que seja, pode-se considerar dois dos grandes diferenciais práticos da pílula: o baixo custo e o formato de sua apresentação com tomada oral, periódica e em formato de cartelas autoexplicativas.

Apesar da quase ausência, nos anos 60, de políticas nacionais para a saúde e educação sexual da mulher, pode-se inferir que a mídia se colocou como educadora e difusora de conhecimento, de significados e de representações sociais da nova alternativa de anticoncepção. A mulher, então, foi “requerida e convidada” a manejar sua reprodução, seu corpo, e o fez, buscando o ginecologista, especialista que se transformava no “médico da mulher” (ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002), quem prescrevia o anticoncepcional. Conforme comenta Silva (2017), o ato de comprar a pílula (nomeado como “remédio”, pelas mulheres) e cuidar de si, tornaram-se uma responsabilidade da mulher casada. Infere-se que a pílula anticoncepcional iniciou seu trajeto a partir do casamento e seguiu para fora dele, posteriormente.

Entretanto, quando se percorre 27 anos à frente dessa matéria da *Realidade* (1966), chega-se ao outro exemplo discursivo, agora no início da década de 90, com a Revista *Veja* (1993) (Figura 8).

**Figura 8 – Capa da Revista *Veja*, 1993.**



Fonte: VEJA. Elas querem mais sexo e prazer. São Paulo: Abril, ed. 1299, p. 78-84, 4 ago. 1993.

Fundamental sinalizar que a Revista *Veja* é uma publicação de alcance nacional do Grupo Abril. São 800 mil exemplares em circulação semanal, sendo a maior entre as semanais de informação do Brasil, com alcance de mais de 6 milhões de leitores no impresso e no digital (alguns dados digitais: 27 milhões de usuários no site; 8,1 milhões de seguidores no *Twitter*; 7 milhões de fãs no *Facebook*) (PUBLIABRIL, 2019). Ressalta-se que não havia informação digital naquela época, mas existia proporcionalmente maior circulação de revistas impressas. É uma

publicação caracterizada por linguagem acessível e por divulgar reportagens e notícias sobre atualidades em diversas áreas, dentre elas ciência e saúde, no Brasil e no exterior (SILVA; BOUSFIELD; CARDOSO, 2013). Aliás, por meio da análise de matérias jornalísticas de capa e propagandas incluídas nas edições semanais da revista, pode-se ter diversos olhares das representações sociais e de aspectos do biopoder contidos nos discursos, conforme Moscovici (1982) e Foucault (1979), respectivamente.

Pode-se considerar a revista *Veja* como divulgadora de representações sociais, mas também como disseminadora de discursos. Por sinal, tais representações também são objetos propagadores de intencionalidades e de subjetividades, tanto dos autores jornalistas, do grupo editorial e até das indústrias farmacêuticas, que enviam à revista seus *press releases* sobre temas que lhe são pertinentes e/ou estratégicos.

A seguir, estão destacadas algumas narrativas que demarcam objetividades, subjetividades, representações e significados das relações entre homens e mulheres, no início dos anos 90, quanto ao sexo:

- a) “A valorização da sexualidade feminina explodiu a partir da revolução de costumes dos anos 60” (p. 78);
- b) “O mundo ainda funciona num padrão masculino, mas a receita tem mudado bastante” (p. 78);
- c) “A mulher entrou firme no mercado de trabalho, ganhou autossuficiência econômica e bastante poder político [...]. Parece ter chegado o momento de também exigir mais num terreno antes proibido – o sexo” (p. 78);
- d) “A mulher está passando por uma busca do orgasmo, assim como o homem sempre buscou a potência” (p. 79);
- e) “Os padrões flexíveis de comportamento sexual aparecem na elite, que não precisa prestar contas a ninguém, e nas classes pobres, que não têm o que perder. A classe média é a guardiã da moralidade tradicional. Pois é justamente aí, na classe média, que está batendo a insatisfação maior” (p. 80);
- f) “As mulheres estão em busca de manuais sobre sexo” (p. 80);
- g) “Sob o prisma social, a condição da mulher evoluiu mais dos anos 60 até aqui do que de Cristo até os anos 60” (p. 82);



- h) “Os homens estão enfastiados com tanta disponibilidade de mulheres. A culpa é da liberação sexual excessiva dos últimos anos” (p. 82);
- i) “Pressões e estresse do trabalho mais a crise econômica atual provocam no homem “uma das piores crises de libido” (p. 82);
- j) Em pesquisa norte-americana: “O orgasmo entre as mulheres é menos comum do que se imagina e nesses pontos, a famosa revolução dos costumes não deu em nada” (p. 82);
- k) “As mulheres estão preocupadas com sua sexualidade. Já foram dóceis e agressivas demais. Buscam agora o meio-termo” (p. 82);
- l) O sexólogo Sócrates Nolasco, sobre o lançamento de seu livro “*O Mito da masculinidade*”, afirma: “O homem não sabe lidar com o desconhecido. Se a parceira sai do *script*, ele se sente ameaçado” (p. 83);
- m) A mulher reivindica o orgasmo estimulada pela mídia: “É a masculinização da sexualidade feminina” (p. 83);
- n) “O homem que vai para a cama com a obsessão de dar prazer à companheira está querendo ter o controle total da relação [...] E, nem sempre é bem-sucedido” (p.84);
- o) “Sexólogos garantem que a atividade sexual é possível e saudável na maturidade. Pesquisas mostram que a mulher, além de ter assegurado seu direito ao prazer, encontra na meia-idade uma vitalidade erótica muitas vezes superior à de seu parceiro” (p. 84).

Vale uma concisa análise dos discursos contidos nessa mídia impressa, a começar pela imagem na capa: os símbolos dos sexos encontram-se em uma cama, onde o feminino, em vermelho, representa uma discussão raivosa e decidida, enquanto o masculino, em azul, remete a uma expressão de medo, interrogação e até de impotência, mediante as “reivindicações” femininas.

Os discursos midiáticos entram nos anos 90 e mostram um homem com dificuldades em lidar com uma mulher independente, dona do seu corpo e de sua reprodução, liberada sexualmente, desejosa de ter direitos em buscar e sentir prazer. Por exemplo, as narrativas tratam de “justificar” o fastio e a incapacidade masculinos em gerar o prazer presente no imaginário feminino, por meio do excesso de liberação sexual feminina e pelo estresse no trabalho e crise econômica. A “crise de

masculinidade”, aqui não nomeada literalmente, se delineia, no sentido de colocar a incapacidade do homem de ter um desempenho sexual à altura do “exigido” pela mulher, em causas externas a ele: na própria mulher que “sai do script”, no trabalho e na economia do país.

Por outro lado, o discurso segue na direção de que a mulher, à procura do orgasmo e do prazer, se frustra, pois tem dificuldade em separar afetividade de sexo, e tal comportamento recebe a chancela: “é a masculinização da sexualidade feminina”. Nota-se que, em nenhum momento, os discursos deixam de admitir que o homem “perdeu” sua hegemonia. As mulheres se mostram exigentes e sedentas de informação sobre sexo, mas, ao mesmo tempo, estão insatisfeitas sobre como lidar com o prazer imaginado versus o homem real – amedrontado, inseguro, entediado – diante delas, na cama. A vontade de saber, a que Foucault (2018a) se atém profundamente na *“História da Sexualidade”*, aqui pode ser “percebida e reinterpretada”, por exemplo, através de uma parcela da “classe média” de mulheres, que buscam compreender como obter e manter o prazer sexual, no limite de exercer plenamente sua sexualidade. Também chama a atenção que o sexo na maturidade começa a se introduzir no discurso midiático.

Há que se refletir que os 27 anos entre um discurso midiático e outro podem mostrar que a “explosão da valorização da sexualidade feminina” ganhou seu espaço, de forma irreversível. No entanto, vale comentar que essa explosão nunca foi homogênea entre os países e grupos sociais, mas, mesmo assim, ela estará cada vez mais forte e amplamente presente na mídia.

O corpo da mulher foi liberado, para buscar o “orgasmo perdido” de tantos séculos de sujeição à dominância masculina, a partir da pílula anticoncepcional e da revolução de costumes. Porém, os discursos mostram que o exercício pleno dessa sexualidade feminina “sem tabus” ainda não está entregando à mulher o prazer almejado, e a “posição de domínio subjetivo” do homem permanece intocada.

Em concordância com Sohn (2009, p. 153), pode-se concluir rapidamente que as mulheres, pela primeira vez na história, conquistaram o controle da própria fecundidade, além do “acesso ao prazer sem escândalo nem perigo”. E continua:

Apesar de uma indiferenciação sempre maior, os comportamentos masculinos e femininos, todavia, não ficaram totalmente alinhados. As

mulheres concederiam maior espaço à dimensão afetiva do seu envolvimento sexual que os homens (SOHN, 2009, p. 153).

[...] Trinta anos mais tarde, a troca de parceiros, a liberação aparente das regras da moral tradicional, esconde muitas vezes a mesma manipulação das mulheres. A dominação masculina sabe, portanto, como se renovar e avançar, disfarçada, sob a bandeira da liberdade sexual (SOHN, 2009, p. 154).

Por fim, cabem dois questionamentos ainda “inacabados”, pois os próximos capítulos tratam de respondê-los: Por que, passados quase 30 anos, a introdução fácil e acessível do controle da reprodução feminina, pela pílula anticoncepcional, atrelada à contrarrevolução de costumes e da liberação sexual dos corpos, não concedeu à mulher a relação equânime e isenta da dominância hegemônica masculina? Será que a “vontade de saber” sobre a sexualidade masculina, impulsionada pela indústria farmacêutica, por chegar no final dos anos 90, com o lançamento de Viagra®, mudaria este cenário para uma ansiada relação mais equilibrada entre virilidade e feminilidade?

### 2.3 1998: A pílula azul chega ao Brasil

“A Revolução do Viagra® completa 20 anos, com mais de 65 milhões de prescrições. Americanos aprovaram a pílula em 27 de março de 1998, se tornando o primeiro remédio a ajudar os homens a ter uma ereção”. “Há 20 anos, Viagra® mudava o paradigma da impotência. Lançada em 1998, a pílula azul foi desenvolvida inicialmente para tratar angina”<sup>71</sup>. Essas são narrativas da mídia<sup>72</sup>, veiculadas na Internet em 27 de março de 2018, vinte anos desde o lançamento do medicamento nos Estados Unidos e no Brasil.

Pela magnitude do lançamento da pílula azul, conforme já citado anteriormente, o *marketing* farmacêutico o denomina como um produto “*Blockbuster*”: um medicamento que vende mais de um bilhão de dólares por ano. Viagra®<sup>73</sup> (citrato

<sup>71</sup> Matéria publicada em 27/03/2018, no site da Folha de São Paulo/UOL. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2018/03/ha-20-anos-viagra-mudava-o-paradigma-da-impotencia.shtml>. Acesso em: 04 ago. 2020.

<sup>72</sup> Matéria publicada em 27/03/2018, na sessão *Bem-Estar*, do site do Globo (G1). Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/revolucao-do-viagra-completa-20-anos-com-mais-de-65-milhoes-de-prescricoes.ghtml>. Acesso em: 04 ago. 2020.

<sup>73</sup> De acordo com a Bula do produto, Viagra® tem as seguintes apresentações: comprimidos de 25 mg, 50 mg e 100mg de citrato de sildenafil. Está indicado para o tratamento da disfunção erétil, que se entende como

de sildenafil), mais do que ser simplesmente uma molécula lucrativa com ação farmacológica, extrapolou os domínios da especialidade médica, a urologia, e tornou-se objeto de estudo e reflexão em inúmeras áreas do saber: da economia à medicina, da sociologia ao *marketing*, da psicologia à antropologia, publicidade, semiótica, política e, mais raramente, da história. Seu lançamento, possivelmente, teve impactos tão marcantes como a descoberta da pílula anticoncepcional e dos antibióticos. Definitivamente, foi um “divisor de águas” na área da sexualidade masculina, com repercussão na sexualidade feminina. Por sinal, os próximos dois capítulos tratam de problematizar tais objetos, em vista dos documentos estudados.

Deve-se relembrar que, nas décadas anteriores ao lançamento do Viagra®, as terapêuticas disponibilizadas no mercado farmacêutico – além da psicoterapia, para a grande maioria dos casos – eram tratamentos hormonais com testosterona, cujos resultados de eficácia eram inconclusivos, aparatos pouco discretos e incômodos, como bombas de vácuo, injeções intracavernosas, introdução de substâncias ativas pela uretra, cirurgias e implantes penianos. Portanto, infere-se que, no imaginário de acionistas, executivos e pesquisadores dos laboratórios farmacêuticos, de estudiosos da função erétil e médicos urologistas, estaria a “descoberta” de um medicamento de fácil uso, tomado pela via oral, e administrado quando fosse demandado pelo ato sexual.

No entanto, o desenvolvimento do Viagra®, entre 1989 e 1993, promovido pelo laboratório Pfizer, desde os seus centros de pesquisa no Reino Unido, contém elementos de surpresa. Citrato de sildenafil é uma molécula cuja ação se dá como inibidor de uma enzima denominada de PDE5<sup>74</sup>, cujo efeito final é o aumento da síntese e efeito de um gás com ação vasodilatadora potente, o óxido nítrico<sup>75</sup>. Por sinal, o impacto foi tamanho nas pesquisas da área, que o Prêmio Nobel de Fisiologia de 1998 foi para três farmacologistas norte-americanos que participaram, em parte,

---

sendo a incapacidade de atingir ou manter uma ereção suficiente para um desempenho sexual satisfatório. Para que Viagra® seja eficaz, é necessário estímulo sexual. Quanto à posologia, sua dose recomendada é de 50 mg em dose única, administrada, quando necessária, aproximadamente 1 hora antes da relação sexual, para uso somente em adultos. Informações obtidas na Bula de Viagra® (profissionais da saúde). Bulário ANVISA. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp). Acesso em: 04 ago. 2020.

<sup>74</sup> A enzima (substância presente no corpo capaz de facilitar ou acelerar reações e ações químicas) é denominada de fosfodiesterase tipo 5 (PDE5), presente nas células musculares lisas na parede de vasos sanguíneos localizados nos corpos cavernosos (tecido esponjoso rico em vasos e lacunas sanguíneas responsável pela ereção quando se encontram “abertos” ou em vasodilatação) do pênis.

<sup>75</sup> Produz aumento do fluxo sanguíneo através da “abertura” das artérias.

dos estudos de base do Viagra®, e descobriram o mecanismo de ação do óxido nítrico no sistema cardiovascular (GOLDSTEIN *et al.*, 2019).

Inicialmente, os estudos experimentais em animais e, posteriormente, em humanos, tiveram como alvo o tratamento da *angina pectoris*<sup>76</sup>, ou seja, se o medicamento produz aumento da “abertura dos vasos arteriais” no coração, ele provocaria a vasodilatação, isto é, facilitaria o fluxo sanguíneo pelas artérias coronárias “fechadas ou obstruídas”. Os resultados iniciais de eficácia foram muito discretos e não significativos do ponto de vista clínico; porém, chamou a atenção dos pesquisadores o aparecimento de um “efeito colateral” completamente inesperado na população masculina de voluntários: a melhora na qualidade ou o restauro da ereção peniana mediante estímulo sexual. A partir desta constatação, os estudos clínicos começaram a ser direcionados para o tratamento da “impotência” (“incapacidade de obter e manter a ereção peniana mediante estímulo sexual”), visto que a concentração desta enzima, a PDE5, se dá de forma importante nos tecidos cavernosos penianos. Os resultados de eficácia, a melhora ou o aparecimento de ereção peniana na população masculina com “impotência” de diversas magnitudes, despontaram e tornaram-se expressivos na estatística médica (GOLDSTEIN *et al.*, 2019).

A partir deste contexto científico *sui generis* no desenvolvimento de uma molécula farmacêutica, os estudos clínicos se multiplicaram pelo mundo e, em 1996, a molécula foi patenteada. Em 27 de março de 1998, o FDA (*Food and Drug Administration*) dos Estados Unidos aprovou o Viagra® para o tratamento da “impotência” e sua venda nas farmácias (GOLDSTEIN *et al.*, 2019).

No Brasil, a data oficial de aprovação para a comercialização de Viagra®, pela ANVISA, foi em primeiro de junho de 1998, somente dois meses de seu lançamento nos EUA e, também, em outros países pelo mundo. Para um entendimento panorâmico de como o produto foi contextualizado em diferentes dimensões, meses antes e depois de seu lançamento ao mercado, objetivou-se realizar um conciso diálogo entre três partícipes fundamentais, cujas fontes estão descritas:

---

<sup>76</sup> Intensa dor, em aperto ou pressão, na região do tórax (peito) devido à falta de oxigenação do coração. Tal sintoma significa algum grau de comprometimento ou de doença na circulação arterial coronariana.

- a) A indústria farmacêutica (laboratório Pfizer), representada por documentos-*slides* de uma apresentação<sup>77</sup> intitulada “Como transformar um tabu em um negócio”, elaborada em coautoria com a Agência de Publicidade Zero 11<sup>78</sup>, de 2003;
- b) A mídia impressa, representada pela Revista *Veja*, de 01 de abril de 1998, com uma reportagem de capa intitulada “A pílula milagrosa. Foi aprovado o remédio que resolve até 80% da impotência”;
- c) A medicina (urologia), representada pela entrevista de um urologista, líder de opinião, nas páginas amarelas da Revista *Veja*, publicada em fevereiro de 2001.

O lançamento de um produto farmacêutico implica em inúmeros atores, ações e estratégias, todos coordenados para posicioná-lo no mercado após as aprovações das agências de saúde. O movimento midiático em torno de Viagra® foi iniciado por volta de março de 1998<sup>79</sup> e perdurou, mais sabidamente, alguns meses depois do seu lançamento. Ou seja, Viagra®, tornou-se um “personagem famoso e falado” na vida cotidiana, construído, a princípio, gradativamente pelos meios de comunicação. A antecipação e a criação de um “ambiente de expectativa e desejo no público-alvo”, por meio de canais midiáticos impressos, são estratégias utilizadas pela indústria farmacêutica. O laboratório Pfizer, utilizando-se de profissionais na área de assessoria de imprensa, *marketing* e médica da empresa, além de uma parceria publicitária, através da Agência Zero 11, foi capaz de “gerar e/ou difundir” matérias jornalísticas sobre o binômio básico: Viagra® e sexo, em diversos canais midiáticos (jornais de diversas categorias e públicos, revistas de diferentes segmentos). As matérias, inicialmente, tinham o objetivo, em parte, de mostrar o sucesso de vendas do produto

---

<sup>77</sup> Essa apresentação foi feita pelo sócio proprietário da Agência Zero 11, para o presidente do laboratório Pfizer (Sede São Paulo), com o objetivo de mostrar uma retrospectiva das principais ações publicitárias e de *marketing*, desde o lançamento do produto até o ano de 2003.

<sup>78</sup> Agência Zero 11: Agência de propaganda, fundada em 1991, em São Paulo. Desenvolveu, de maneira pioneira, inúmeros conteúdos para diversos públicos e canais de mídia, tais como materiais e ações publicitárias impressas e em vídeo para o produto Viagra®, de 1998 até 2004, no Brasil. Ailton Godoy, sócio e fundador, proporcionou o acesso da autora ao acervo de documentos e fontes da agência.

<sup>79</sup> Segundo pesquisa sobre jornais para diferentes públicos, analisados de abril de 1998 a abril de 1999, sobre o lançamento de Viagra® no Brasil. Vide: BRIGEIRO, M., MAKSOUD, I. Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p: 71-88, 2009.

nos EUA<sup>80</sup>, além de suas principais características e benefícios. Vale introduzir Brigeiro e Maksoud (2009):

A chegada do Viagra ao mercado brasileiro foi precedida e acompanhada por ostensiva promoção por parte dos meios de comunicação de massa, o que, independentemente das intenções ou jogos de interesses da indústria farmacêutica, contribuiu decisivamente na elaboração de significados sociais em torno do medicamento. Observando as matérias jornalísticas sobre a 'pílula azul', identifica-se rapidamente uma intensa produção discursiva e de imagens sobre corpo e subjetividade moderna (BRIGEIRO; MAKSOUD, 2009, p. 71-72).

Os autores confirmam que nenhum outro medicamento, mesmo considerando Prozac®, um antidepressivo, ou o “coquetel farmacológico” para a SIDA<sup>81</sup>, tiveram tanta exposição e amplitude midiática como Viagra®. Eles sugerem três motivos para tanto: 1 – ação publicitária da indústria farmacêutica, em posicionar estrategicamente o produto no mercado; 2 – as especificidades e falta de eficácia significativa dos tratamentos anteriores (cirurgia e psicoterapia) para a impotência e 3 – singularidades da cultura do homem brasileiro, quanto à sua relação com o sexo e sexualidade.

**Figura 9 – Slide n. 8 da apresentação “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003.**



Fonte: Agência Zero 11. Slides da Apresentação em PowerPoint, “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003.

<sup>80</sup> Matérias em “jornais cultos” atualizavam o crescimento de duas mil prescrições do medicamento no primeiro mês de vendas, para 600 mil, uma semana depois, de acordo com Brigeiro e Maksoud (2009).

<sup>81</sup> Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, ou a sigla em inglês, AIDS.

Conforme pode-se notar na figura 9, diversas matérias traduziam a ansiedade pela chegada do produto, por meio de um “mercado negro”, que tratava de “abastecer” os futuros usuários. Inclusive, segundo os autores citados (2009), a expectativa pelo produto aumentou o contrabando, de acordo com as reportagens da época, que requeriam uma resposta das autoridades sanitárias do país. Tais narrativas também afirmavam que, caso a aprovação não ocorresse rapidamente, haveria a propagação da falsificação do produto.

**Figura 10 – Slide n. 9 da apresentação “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003.**



Fonte: Agência Zero 11. Slides da Apresentação em PowerPoint, “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003.

Na figura 10, o título ressalta o “lançamento antecipado” e ilustra tal ação com imagens da capa de duas revistas de grande circulação e impacto na sociedade brasileira da época: Revista *Veja* (a qual será analisada, posteriormente) e a Revista *Isto É*. Vale destacar que as “chamadas de capa” frisam dois termos, “pílula” e “(im)potência”, o que, possivelmente, embute o imaginário midiático no público leitor sobre a facilidade na tomada para a resolução de um “antigo problema sexual do homem”, ilustrado pelo Adão e Eva da pintura. Em outra matéria, a narrativa reafirma a “vontade” de o país antecipar o lançamento do produto. Na figura 11, a narrativa exalta o papel da mídia impressa na difusão de informação sobre o produto e a “doença-alvo”, nomeada como “dificuldade de ereção”.

Mais do que um marco médico-farmacêutico, Viagra®, já antes de seu lançamento, transformou-se em um evento social. Isto foi erigido, em parte, pela



difusão de matérias que transitavam por diversas áreas nas colunas dos jornais e revistas, além da saúde e ciência, ou seja, pela economia, política, variedades, esportes e entretenimento (BRIGEIRO; MAKSOUD, 2009). Ademais, uma matéria destaca o “risco de infarto”, sinalizando que o produto pode incluir efeitos colaterais sérios, entretanto, outras matérias tratavam de minimizar tais eventos adversos e os traduziam como “mau uso do remédio” (BRIGEIRO; MAKSOUD, 2009).

**Figura 11 – Slide n. 43 da apresentação “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003.**



Fonte: Agência Zero 11. Slides da Apresentação em PowerPoint, “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003.

Bourdieu (1986) considera as informações difundidas pelas diversas mídias como indutoras de novos padrões e categorias de experiências e vivências na sociedade e, por isto, possuem uma posição diferenciada na dinâmica do mercado. Relevante acrescentar a esta reflexão que a mídia também reforça padrões viris culturalmente “conservadores” pré-estabelecidos; por exemplo, as imagens mostram homens de torsos musculosos e fortes, sendo que, em um, o bíceps é substituído pelo comprimido de Viagra®, além de uma imagem anedótica, a banana descascada. As representações de força, energia, tensão muscular, beleza máscula, dureza e vigor podem remeter à virilidade, à *performance* sexual e, finalmente, à saúde masculina.

Os títulos das matérias, em certo grau, traduzem significados objetivos e subjetivos, no sentido de que um medicamento, apresentado como revolucionário na forma de tomada (pílula), se traduz em semelhança com a pílula anticoncepcional, e por se transformar no mais novo “amigo” do homem. Aliás, este também, a partir de

Viagra®, terá a “sua pílula”; daí a narrativa explora a “corrida ao prazer e aos consultórios”. Nota-se aqui que, mesmo antes da chegada do produto, as mensagens discursivas tratam de já despertar a busca pelo cuidado de si e pela vontade de saber, o que remete às ideias de Foucault (2018b). Sugere-se que os discursos imagéticos e textuais transitam pela medicalização do desempenho sexual do homem, porém, mediada pelo médico, que aguarda o “paciente-consumidor” nos consultórios. Inicia-se, então, a construção de uma “sequência de vigilância eretocêntrica”:

Viagra para homens impotentes ➡ Ereção ➡ Orgasmo ➡ Prazer ➡ Satisfação sexual ➡ Vigor físico

Essa proposição de sequência, ao menos em parte, vem de encontro ao que Giami (1998) propõe para explicar a proposta midiática do laboratório Pfizer, com seu produto para impotência: influenciar o público-alvo, para que se mobilize na busca por melhor qualidade de vida sexual. O discurso do sexo se escancara na mídia e, de acordo com as ideias foucaultianas de biopoder (FOUCAULT, 2018a), interliga a disciplina individualizante, o corpo-máquina do homem, exigido para ter desempenho sexual, à disciplina corpo-espécie, por meio da promoção de uma “saúde coletiva sexual”.

Para ampliar tal discussão, vale apresentar alguns pontos destacados na matéria de capa da Revista *Veja* (Figuras 12 e 13), publicada dois meses antes do lançamento de Viagra® no país.

Figuras 12 e 13 – Capa e matéria da Revista *Veja*, 1998.



Fonte: VEJA. Satisfação Garantida, São Paulo: Editora Abril, ed. 1540, 01 abr. 1998, p. 86-91.

É uma grande notícia para milhões de homens. E para as mulheres também. Pela primeira vez, um dos mais angustiantes, constrangedores e aterrorizantes problemas masculinos, a impotência, poderá ser tratada de forma tão simples quanto curar a dor de cabeça com uma aspirina” (VEJA, 1998, p. 86).

Com essa frase, a matéria abre seu discurso, que trata de “apresentar” Viagra® como um marco único e revolucionário para o homem, mas já incluindo a mulher. A partir daquele momento, as narrativas reiteram que o homem possuía, finalmente, uma “pílula para chamar de sua” e resolver o “problema” mais carregado de tabu da existência masculina: a impotência. Os discursos, sejam de médicos urologistas, de sexólogos ou de psiquiatras, perpassam por informações de cunho notadamente educativo: desde o histórico da descoberta do produto, seu mecanismo de ação, forma de utilização, efeitos colaterais, até a apresentação de uma “tabela comparativa”, que mostra a baixa eficácia e o difícil manejo de outros tipos de tratamentos versus Viagra®.

Aliás, a impotência surge, nas narrativas, como uma “condição inexorável” do envelhecimento, em que “a chegada de doenças típicas da velhice, com somatório de hábitos pouco saudáveis, o cigarro, o álcool, as comidas gordurosas, as alterações hormonais, a potência sexual diminui”. Ademais, os discursos reverberam pelos inúmeros benefícios do produto, tais como “produzir ereções poderosas com uma aparência natural”, até na narrativa: “Viagra confere um brilho extra ao amor”.

No seguimento dessa breve análise de narrativa midiática, o que muda após três anos do lançamento de Viagra®? Para ilustrar, o discurso de um líder de opinião na urologia foi analisado, por meio de uma entrevista das “páginas amarelas”, na mesma Revista *Veja*, de fevereiro de 2001<sup>82</sup> (Figura 14). Interessante notar que novos enfoques são incluídos no discurso: a ampliação da medicalização da impotência para homens jovens, pois estes se encontram “muito vulneráveis por falta de informação”, além de ressaltar que o envelhecimento do homem não é obstáculo para ter satisfação sexual. Também destaca que a impotência de causa psicológica é a mais frequente causa, seguida pela orgânica, e que a primeira deve receber o tratamento pelo Viagra®. O urologista ainda frisa que “Viagra teve um efeito colateral ao promover um debate enorme sobre a sexualidade”, mas, paradoxalmente, afirma que “a principal

---

<sup>82</sup> Fonte: Revista *Veja*, Edição 1687, Ano 34, no. 6, 14/02/2001, p. 11-15.

causa de impotência de fundo psicológico é a falta de informação, é o tabu, é o mito”, e menciona que Viagra®, aprovado pelo teste do tempo, se tornou uma droga social, cuja compra sem receita é um uso negativo e de risco. Quanto à mulher, somente uma menção de que, em raras vezes, ela acompanha o parceiro na consulta ao urologista, e finaliza, enfatizando que hábitos saudáveis de vida podem prevenir a impotência: exercício, dieta, pouco estresse, menos cigarro e muita educação sexual.

**Figura 14 – Primeira página da Entrevista (páginas amarelas) da Revista *Veja*, 2001.**



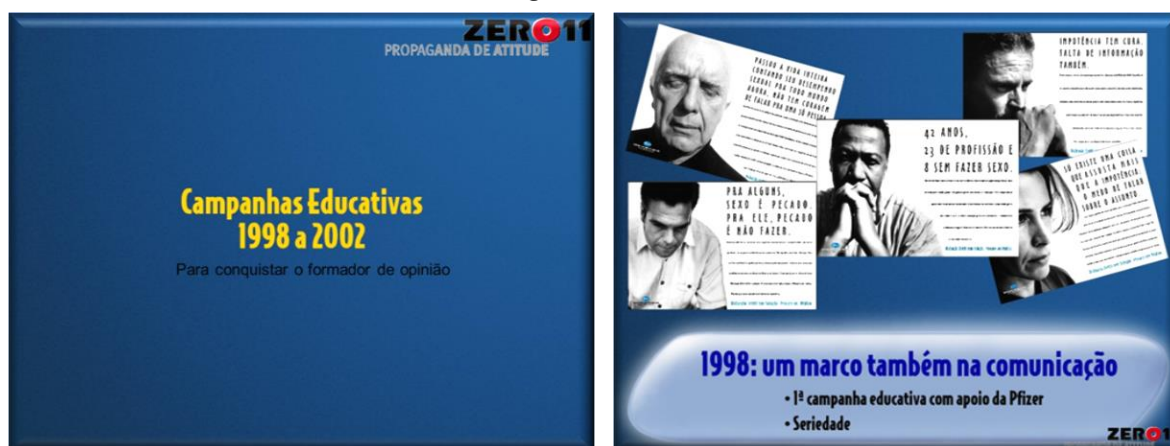
Fonte: VEJA. Entrevista Sidney Glina: Sexo sem susto. São Paulo: Editora Abril, ed. 1687, p. 11-15, 14 fev. 2001.

Vale sublinhar algumas particularidades sobre a construção do discurso midiático sobre medicamentos. Conforme já citado, tal narrativa é, ao menos em parte, pré-formatada por meio dos “*press releases*”, criados por equipes de assessoria de imprensa, *marketing* e área médica do laboratório farmacêutico. Inclusive, alguns dos médicos urologistas citados na matéria, por exemplo, já eram ou se tornariam líderes de opinião e colaboradores científicos de eventos patrocinados pela Pfizer. Ademais, os urologistas afirmam que, apesar de o tema impotência ser um assunto novo para o médico, a “falta de terapias brandas é um dos motivos que afastam os homens dos consultórios médicos” e que Viagra® irá “contribuir para o aumento do número de diagnósticos”.

A partir dessa matéria da *Veja* e de narrativas existentes em alguns outros documentos-slides selecionados da apresentação da Agência Zero 11, pode-se

observar a configuração de um discurso estruturado pela indústria farmacêutica, centrado no *marketing*. A estratégia mercadológica adotada pelo laboratório foi o motor que produziu, difundiu e articulou os partícipes aqui considerados: os médicos (urologistas, principalmente) e a mídia, como intermediária na comunicação com o público-alvo: homens e mulheres com vida sexual.

**Figuras 15 e 16 – Slides n. 19 e 20 da apresentação “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003.**



Fonte: Agência Zero 11. Slides da Apresentação em PowerPoint, “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003.

A figura 15 apresenta, em sua narrativa, a justificativa para a criação de “Campanhas Educativas”: a conquista do formador de opinião. E quais seriam estes sujeitos a partir do pré-lançamento de Viagra®? Sem dúvida que um dos formadores de opinião são os médicos, em especial, urologistas (mas também, cardiologistas, clínicos gerais, endocrinologistas e geriatras), andrologistas<sup>83</sup>, sexólogos e psiquiatras. Além de serem líderes de opinião entre seus pares, nas universidades e nos serviços médicos, os especialistas selecionados pelo laboratório recebiam, por um lado, informações científicas e estratégicas diferenciadas sobre o produto, além de terem patrocínio na participação de Eventos (organizados pela Matriz do laboratório, nos EUA) e Congressos Médicos Internacionais sobre sexualidade, andrologia, urologia. Também, tais formadores de opinião se transformavam em especialistas referenciais para a mídia buscar informação sobre o produto e a impotência.

<sup>83</sup> Especialista médico, atuante na área da saúde do homem, particularmente quanto às funções reprodutoras e sexuais. Geralmente, o andrologista tem, como especialidade básica em sua formação, a urologia.



**Figuras 17 e 18 – Slides n. 21 e 23 da apresentação “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003.**



Fonte: Agência Zero 11. Slides da Apresentação em PowerPoint, “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003.

As figuras 17 e 18 mostram vários exemplos de materiais educativos, anúncios publicados na mídia impressa, tais como Revistas *Veja*, *Época*, *Isto é*. O público-alvo, obviamente, era constituído pelos futuros usuários de Viagra® e suas parceiras. A primeira campanha começou com o lançamento, em 1998, e continha discursos textuais e imagéticos, que remetiam à seriedade, ao tratar sobre um tema tabu como a impotência: rostos em preto e branco de homens velhos ou de meia idade (com exceção de uma mulher), que expressavam fracasso, derrota e angústia. A campanha seguinte, em 1999, apresentou uma mudança conspícua: não mais mulheres ou homens solitários, mas, sim, casais felizes em imagens coloridas, cuja narrativa na figura 17 pontua o “diálogo entre o casal e mostrar que a mulher tinha um importante papel: o de incentivar o homem a buscar tratamento”. Aliás, a problematização de tais discursos será abordada com mais detalhe nos capítulos 3 e 4, quando da contextualização da transformação da terminologia de impotência para disfunção erétil. Chama a atenção que, nas narrativas de ambas as campanhas, assinala-se que doenças cardiovasculares, diabetes, depressão, estresse ou uso abusivo de álcool e cigarro podem desencadear a impotência (disfunção erétil).

**Figuras 19 e 20 – Slides n. 25 e 10 da apresentação “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003.**



Fonte: Agência Zero 11. Slides da Apresentação em PowerPoint, “Como transformar um tabu em um negócio”, 2003.

Também, em 1999, foi realizada uma ação educativa, patrocinada pela Pfizer, de alcance nacional, denominada Caravana da Saúde (Figuras 17 e 18). Por meio do “atendimento da população”, feito por psicólogos, sexólogos, psiquiatras e enfermeiros, em tendas montadas em parques e praias de diversas cidades pelo país, foi oferecida informação (folhetos, conversas individuais, palestras) e realizada coleta de dados sobre a saúde em geral e, em especial, sobre a saúde sexual. Os dados coletados foram processados e proveram informação estratégica sobre a saúde e a sexualidade de uma amostragem da população brasileira. Tais resultados, comentados por líderes de opinião patrocinados pelo laboratório, foram devidamente veiculados por meio da mídia impressa, na Revista *Veja*, sendo matéria de capa, em 2001 (Figura 19).

Outro tipo de Campanha Educativa, no recorte temporal entre 1998 e 2002, foi veiculada especificamente para a classe médica (entre urologistas e outras especialidades). Na figura 20, a narrativa descreve a distribuição de uma variedade de materiais promocionais, tais como monografia do produto, estudos clínicos, artigos científicos publicados, palestras em congressos e eventos médicos, programas de atualização científica e materiais didáticos sobre como o médico deveria abordar o paciente no consultório. Essas ações promovidas pelo *marketing* do laboratório tinham por objetivo, em um primeiro momento, fornecer informação científica sobre o produto e a impotência, em um segundo momento, estimular a prescrição do produto pelo médico e, posteriormente, mantê-lo “fiel” ao produto, por meio de ações ininterruptas

de palestras, atualização científica, patrocínio para participação em congressos nacionais e/ou internacionais e, sobretudo, promover a ampliação de diagnósticos e elevar o número de prescrições de Viagra®.

Em vista do exposto, pode-se construir algumas problematizações sobre o papel da indústria farmacêutica e suas diversas estratégias para difundir seu complexo biopoder por esferas midiáticas, públicas e médicas, quando do lançamento de um produto marcador de era da sexualidade masculina. Sob inspiração das ideias de Foucault (2018a), pode-se deduzir, por meio da análise das fontes, que as ações de *marketing* farmacêutico são o principal “dispositivo” utilizado para gerar a “vontade de saber” sobre sexo e sexualidade, tanto para a mídia como para a medicina, já meses antes do lançamento de Viagra®. Em paralelo, tais estratégias também se voltam para seu outro público-alvo, além dos futuros usuários: os médicos, em especial, o urologista. Por meio de “Campanhas de Educação” e de distribuição de materiais científicos e de palestras, a indústria farmacêutica legitima a competência médica, a enquadra em um padrão normatizador de informação, sob a égide da ciência, e cria “formadores de opinião”, que retroalimentam a mídia de subsídios científicos previamente cancelados e, também, aos próprios pares médicos. Aliás, a entrevista do urologista lança discursos que reforçam sua posição de formador de opinião nos espaços públicos e médicos e legitimam os interesses mercadológicos do laboratório, por intermédio da ciência.

A ação final da indústria é a medicalização dos futuros “pacientes”, atingidos pela mídia e pelo movimento fluido do “imaginário do medicamento”, sendo construído gradativamente na sociedade. Em qual cenário de época esse contexto está inserido? Os tabus quanto ao “falar de sexo” permanecem vigentes, no final da década de 90, em uma sociedade ainda “conservadora”, mas que talvez começa a vislumbrar um “novo homem”. A despeito do panorama da sexualidade da época, Brigeiro e Maksoud (2009) afirmam:

O debate que norteou o surgimento do Viagra na sociedade brasileira afixou-se numa lógica conservadora tanto no que concerne às tensões sobre as desigualdades e representações de gênero, como nas concepções de sexualidade. É surpreendente como a apresentação do remédio esteve fundamentada em prerrogativas extremamente tradicionais sobre o masculino, na sua relação com o feminino e no tipo de desempenho sexual ideal para os homens (BRIGEIRO; MAKSOUD, 2009, p. 85).



No entanto, tal cenário ainda mantém a impotência instalada na posição de um “problema angustiante”, com a ineficácia de terapêuticas invasivas e indiscretas, junto a um homem inseguro, em busca do prazer na relação heterossexual com uma mulher liberada sexual e profissionalmente. A “crise de masculinidade” enlaça o homem impotente em seu fracasso de sentir e produzir prazer. Contudo, pode uma “pílula azul” projetar o homem para uma vida saudável e de desempenhos sexuais satisfatórios desde a juventude para além da velhice?

Para evoluir na problematização, cabe outro questionamento: como a Pfizer, através do posicionamento do produto no mercado, inicia o trajeto de “quebra do tabu” da impotência e, simultaneamente, produz uma explosiva medicalização/farmacologização da sexualidade masculina, como jamais havia sido experimentada antes na área farmacêutica? A partir da análise das fontes, pode-se depreender cinco constituintes, que confluem para o binômio indissolúvel: saúde e satisfação sexual<sup>84</sup>:

- a) Nos anos seguintes ao lançamento, abandona-se, gradualmente, a terminologia repleta de estigma, impotência, sendo que as ações de *marketing* se “apropriam” da mudança realizada no ambiente científico, no início da década de 90, e substituem por outra, a disfunção erétil, no sentido de ampliar o rol de sujeitos em “risco” de “falhar” e criar uma “nova categoria terapêutica”;
- b) Por meio da educação midiática e médica, estimula a “vontade de saber” sobre sexualidade;
- c) A medicalização se expande quando o homem “sensibilizado e instigado” busca pelo médico o tratamento para a impotência, a qual é taticamente apresentada, ora como uma consequência de doenças crônicas, ora como de origem psicológica, ora provocada por excessos de um estilo de vida não saudável, ora por consequências de um envelhecimento não “tratado”;
- d) Viagra<sup>®</sup> começa a ser posicionado como uma “droga social ou de estilo de vida”, em que mais do que restaurar a função erétil perdida, esta pode ser melhorada e aperfeiçoada, oferecendo prazer, satisfação sexual, vigor físico e saúde geral, configurando o “uso recreativo”;

---

<sup>84</sup> Vários desses constituintes e temas são discutidos com maior profundidade nos próximos capítulos em vista dos documentos pesquisados.

- e) Finalmente, a construção de uma “vigilância da saúde sexual” se faz gradualmente, no sentido de projetar sobre o homem (desde jovem até o velho) responsabilidade semelhante à que foi depositada sobre a mulher, nos anos 60, com a pílula anticoncepcional: o cuidado da saúde é mais do que uma opção, é um dever.

Nas cinco “instâncias” acima sugeridas, o biopoder, descrito por Foucault (2018a), pode perpassar pelas redes conectadas, criadas a partir da indústria farmacêutica, via ações mercadológicas, mas, também, pelo corpo do homem, que é mostrado, verbalizado, imaginado e reduzido à função erétil. Sobre ele, os saberes médicos, em articulação com o *marketing* farmacêutico, pretendem instigar a busca pela resolução da impotência, através da prescrição médica e da compra de “uma pílula azul”.

Infere-se que o movimento anátomo-político do corpo, ou seja, a “patologização” da impotência (considerada, principalmente, de causa psicogênica), se dá através da mudança de denominação para disfunção erétil (considerada, sobretudo orgânica). Desta forma, cria-se uma “nova categoria terapêutica” na sexualidade masculina. Em adição, a socióloga canadense Barbara Marshall (2010) comenta que, embora historicamente, o declínio sexual em homens e mulheres tenha sido assumido como uma consequência inevitável do envelhecimento, essa suposição foi revertida com o advento do Viagra®. A alteração das capacidades sexuais, uma vez associada ao envelhecimento “normal”, é agora “patologizada”, como disfunção sexual que requer tratamento. Se, por um lado, amplia-se a noção de “doença” que deve ser medicalizada, por outro, o seu uso se alarga no espaço do estilo de vida, e a “desmedicalização” (ou a farmacologização) se materializa. Como descrito, alguns discursos tratam de relacionar a causa da impotência a um estilo de vida não saudável.

A ação “educativa” “Caravana da Saúde” pode ser interpretada, de acordo com as ideias de Foucault (2018a), como uma medida biopolítica, dirigida à “promoção da saúde/vida” e relacionada nesse âmbito às técnicas de poder-saber sobre a sexualidade. Com o objetivo de conhecer o perfil sexual da população, em especial do homem, técnicas e práticas foram em busca da captura de dados individualizantes dos corpos, em um exemplo de exercício da disciplina anátomo-política. Por outro lado, “verdades” epidemiológicas foram construídas, gerando “curvas de

normalidade”, ou seja, uma normalização biopolítica, que situa o indivíduo em uma população, em um corpo-espécie. A criação desses saberes normaliza, enquadra e controla a população para o “estar saudável”, como obrigação disseminada pela mídia e chancelada por lideranças médicas legitimadas para tal. Vale finalizar com essa explicação de Foucault (2018a):

O dispositivo da sexualidade tem, como razão de ser, não o reproduzir, mas o proliferar, inovar, anexar, inventar, penetrar nos corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlar as populações de modo cada vez mais global (FOUCAULT, 2018a, p. 116).

### 3. A UROLOGIA DIANTE DE UM “NOVO HOMEM” PÓS VIAGRA®?

A filósofa e historiadora francesa Elisabeth Badinter (1993) traz uma questão objetiva, porém complexa: “Que é um homem?” E sugere uma resposta:

Ser homem se diz mais no imperativo do que no indicativo. A ordem “seja homem”, tão frequentemente ouvida, implica que isso não é tão evidente e que a virilidade não é, tão natural quanto se pretende. A exortação significa, na melhor das hipóteses, que a posse de um cromossomo Y ou de órgãos sexuais masculinos não basta para definir o macho humano. Ser homem implica um trabalho, um esforço que não parece ser exigido das mulheres (BADINTER, 1993, p. 3).

Deduz-se que “ser homem” segue muito além do limite da determinação biológica e envolve uma complexa formulação ao longo da existência do macho. Por sinal, quando se utiliza a famosa citação de Simone de Beauvoir, trocando para a versão masculina: “o homem não nasce homem, ele se torna homem” (BADINTER, 1993; p. 29), o conceito de Badinter é reforçado. Como descrito por Vigarello, Corbin e Courtine (2013), se a virilidade é uma construção histórica desde os romanos, suportada pelo significado de *virtude*, o viril não é simplesmente o homem, mas um ideal de perfeição a ser perseguido. Segundo Badinter (1993, p. 4), a virilidade não está “incluída” na vida do homem desde o nascimento: ela deve ser “fabricada”. O homem seria um tipo de “artefato” e, como tal, pode conter erros e “falhas de fabricação”. Por conseguinte, para além do comentário da autora, o homem se torna frustrado e em “crise existencial”, pelo sofrimento de não ter ou não alcançar uma espécie de “virilidade ideal”.

Em contrapartida, não tão consciente, a feminilidade torna-se algo “natural ou espontâneo”, enquanto a masculinidade deve ser conquistada, provada a cada dia, desde que o menino nasce, no seio da família e passando por todas as instituições, espaços e contextos da vida (BADINTER, 1993).

Para Nolasco (1997), quando se responde o que é ser homem, pode-se chegar à representação do homem de verdade. E como ele seria? O autor o descreve como solitário, discreto, introspectivo e comedido quanto às suas vivências privadas, ou em um outro extremo, frívolo e hábil, com capacidade prática para fazer tarefas. Ademais, ele deve ter o domínio emocional para lidar com a família (parceira e filhos),

demonstrando cumplicidade e sensibilidade. Nesta definição de homem, chama a atenção o ideal nostálgico de virtude e de equilíbrio do “estereotipado homem com H”.

Para o sociólogo francês Pierre Bourdieu (2010), em sua obra “*A dominação masculina*”, quando se dialoga com a masculinidade e a virilidade com o poder, ele assinala que o homem já inicia sua vivência na sociedade, instalado em uma posição de poder. Também destaca que o masculino ativo, através do seu desejo de posse, exerce domínio sobre o feminino passivo, e este reconhece tal dominação erotizada. Portanto, sem aqui fazer qualquer julgamento sobre tais colocações quanto aos gêneros incluídos nas afirmações de Bourdieu (2010), a “*illusio viril* está na base da libido *dominandi*”, ou seja, o masculino ativo por meio do desejo de posse exerce o poder de dominação sobre o feminino passivo que, por sua vez, o “aceita”. Badinter (1993) comenta sobre Bourdieu, dizendo que é possível se inverter tal conjectura, no sentido de que a libido *dominandi* suporta a virilidade, ainda que de forma ilusória.

De acordo com Claudine Haroche (2013), independentemente do momento histórico, a virilidade é sinônimo de força física, simbólica, mas também de força de caráter (aptidão para a liderança e para a decisão racional, vistas como necessárias para exercer o poder). A autora reforça que o paternalismo e a arrogância permeiam a dominação decorrente das “características viris” do homem. Por consequência, na atualidade, o exercício insidioso da dominação masculina se expressa com sutileza ou não, em um cenário que mescla tradições seculares e exigências de sociedades democráticas.

Grupos de homens organizados em fraternidades para restaurar as ligações primitivas, a família autoritária e sua aprendizagem da potência viril são exemplos de como a perpetuação e reafirmação do poder viril são construídas em diversas sociedades e reforçam a existência histórica da virilidade como sendo o cerne da dominação masculina (HAROCHE, 2013). Quando se vislumbra o último quarto do século XX, percebe-se que a expressão de virilidade segue em direção ao desempenho sexual do corpo: potência e volume do órgão, frequência da atividade sexual, multiplicação de posições e dos parceiros, duração das relações, qualidade e quantidade de orgasmos produzidos na parceria (CAROL, 2013). Uma verdadeira autocompetição de desempenho sexual é disseminada pela mídia e pela medicina, e a questão da potência sexual transforma-se em objeto de desejo masculino, com

visibilidade inédita. É possível afirmar que a Era Viagra® é responsável por recolocar signos da virilidade nas mídias médicas, como estas citadas a seguir.

Para ilustrar a representação da virilidade e sua conexão com o desempenho sexual, são apresentados três anúncios, publicados nas programações científicas dos Congressos de Urologia. Todos foram elaborados pelas áreas de *marketing* e médica da indústria farmacêutica (Laboratórios Pfizer e Cristália), para informar e divulgar os medicamentos (Viagra® e Helleva®<sup>85</sup>, respectivamente), especificamente aos urologistas.

No anúncio de Viagra® de 2004 (Figura 21), a narrativa imagética, em fundo azul, foca-se exclusivamente no homem adulto jovem, sorrindo, com o gesto do punho fechado, contraído e hirto, simulando o membro erétil. Há que se pensar que a imagem se encontra em consonância com a narrativa redutora sobre desempenho erétil (“Viagra® melhora 20 vezes a capacidade de penetração”). O gesto em destaque, no corpo do homem com a face alegre, em um sorriso franco, é utilizado para reverberar ainda mais o eretocentrismo e a representação do macho triunfante em sua *performance* sexual.

Em confluência, tal discurso poderia exemplificar o que Anne Carol (2013) afirma sobre o postulado de como a medicina define a virilidade. Porém, indo além, quando se insere a dimensão do *marketing* farmacêutico, a ciência o faz por meio de dois critérios: primeiro, ela requer a virilidade do indivíduo, ou seja, o homem é exortado a se autoavaliar no quesito erétil unicamente, a se identificar com a imagem máscula reinvestida de poder e, posteriormente, no segundo critério, a medicina “obriga” que ele busque e obtenha um desempenho sexual representativo do homem feliz com tal resultado atingido. O pequeno *slogan* “Senti Firmeza” também reforça a expressão da virilidade reduzida à rigidez peniana, com o sentido da “flecha” para cima.

---

<sup>85</sup> Medicamento concorrente de Viagra®, fabricado pelo laboratório nacional Cristália e lançado no Brasil em 2007, para o tratamento da disfunção erétil.

**Figura 21 – Anúncio Viagra®, 2004.**



Fonte: Anúncio Viagra, 2004 publicado na Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2004.

Nos anúncios do produto Hellevea® (Figuras 22 e 23), publicados nas programações dos Congressos de 2007 e 2009<sup>86</sup>, destacam-se as seguintes narrativas: “Homem não é tudo igual: o brasileiro tem H maiúsculo”; “Liberdade é não ter hora marcada para aproveitar as melhores coisas da vida”; “Eleve a autoestima de seus pacientes. Chegou Hellevea”. Sugere-se que o discurso perpassa pela imagem do protótipo masculino: adulto jovem, vestido com certa formalidade despojada e elegante, com o corpo em posição de relaxamento, porém másculo, apoiado em uma coluna (com a porcentagem de eficácia do produto), que suporta uma letra H maiúscula. O anúncio pode expressar o estereótipo do homem, reforçado pela letra que marca a identidade deste, pois, como Pierre Bourdieu diz, citado por Badinter (1993, p. 6-7): “Para louvar um homem, basta dizer que ele é um homem”.

Por outro lado, o outro anúncio apresenta uma narrativa imagética, em que, na ausência da imagem do homem, esta é substituída por uma árvore ereta, de copa arredondada, destacada dentre outras abaixo. Infere-se a menção direta ao desempenho sexual reduzido à ereção e o relaciona diretamente ao benefício de aumentar a autoestima masculina. Vale comentar que a alusão à letra H também pode ser remetida em forma contrária à expressão “falhar na hora H”. A imagem do homem seguro e tranquilo ao lado da letra pode também reafirmar que, com o uso do

<sup>86</sup> Fontes: Anúncio Hellevea® (2007), publicado na Programação Científica do XXXI Congresso Brasileiro de Urologia, Salvador, 2007; Anúncio Hellevea® (2009), publicado na Programação Científica do XXXII Congresso Brasileiro de Urologia, Goiânia, 2009.

medicamento, ele elimina a possibilidade de falha e encontra-se “equipado” para funcionar como um macho. Por sinal, Damatta (1997, p. 827 *apud* GOMES, 2003) afirma que as inseguranças do homem, mais do que uma crise de masculinidade, são o temor de ser homossexual e de ser impotente. Acrescenta que ter um pênis não é suficiente, pois o fundamental é se relacionar (aqui neste contexto) na heterossexualidade, para ter sucesso sexual. E finaliza: “ser homem” não é o mesmo que “sentir-se como homem”. “Ser homem” é receber de uma mulher o atestado ou a prova de que se é verdadeiramente homem (DAMATTA, 1997, p. 827 *apud* GOMES, 2003).

**Figura 22 – Anúncio, Helleve<sup>®</sup>, 2009.**      **Figura 23 – Anúncio, Helleve<sup>®</sup>, 2007.**



Fonte: Anúncio Helleve<sup>®</sup>, 2009, publicado na Programação Científica do XXXII Congresso Brasileiro de Urologia, Goiânia, 2009.



Fonte: Anúncio Helleve<sup>®</sup>, 2007, publicado na Programação Científica do XXXI Congresso Brasileiro de Urologia, Salvador, 2007.

Como já discutido anteriormente, a partir da década de 80, e principalmente final de 90, o homem é requerido – através do poder e do dever – a ter consciência de que é sujeito de produção de sua própria virilidade física, não mais sendo necessário prová-la e vivê-la por meio do que o historiador europeu George Lachmann Mosse<sup>87</sup> (COURTINE, 2013, p. 11) chamou de “embrutecimento” das sociedades

<sup>87</sup> Para aprofundar o interesse em compreender uma história da estética corporal masculina inserida nos regimes políticos, em particular, o fascismo, pode-se adentrar em algumas obras de George L. Mosse, tais como: “Nationalism and Sexuality: Respectable and Abnormal Sexuality in Modern Europe” (1985), *The Image of Man: The Creation of Modern Masculinity* (1996).



pelas guerras, em um “teatro de grandes lampejos viris”. A Segunda Guerra Mundial pode ser considerada como um destes últimos picos de “exercício” de virilidade. A força física foi “ultrapassada” pela potência e desempenho sexuais e a virilidade pode ser ambicionada através do uso de medicação.

Mesmo depois dos anos 50, o tabu em abordar a sexualidade masculina ainda está presente, mas o homem, gradativamente, com a interferência da medicina, vai se tornando o sujeito médico de seu próprio corpo. Começa, então, a se delinear um homem produtor e condutor da virilidade corporal e que busca a ajuda médica para a sua perda ou diminuição de desempenho sexual.

Neste ponto, pode-se levantar algumas questões pertinentes: Na mudança de terminologia de impotência para disfunção erétil, como a urologia se posiciona ao lado da indústria farmacêutica e constrói um trajeto em direção à prática clínica e à saúde do homem? Como tal especialidade, em conexão com outros saberes médicos, sob a influência do *marketing* farmacêutico, se interconecta com a sexualidade masculina, feminina e o envelhecimento? Se a virilidade, no decorrer do século XX, segue em uma redução de significado e de representatividade, atrelados ao desempenho sexual focado na ereção, como a sua medicalização interfere na construção do autocuidado masculino? Como a urologia descobre e percebe um “novo homem” pós Viagra®? Os subitens a seguir tratam de refletir tais inquietações.

### **3.1 Da impotência à disfunção erétil: como a urologia se transforma e expande seu domínio sobre a saúde do homem**

Antes de se embrenhar na análise dos diversos âmbitos dos discursos médicos, no intervalo entre 1989 e 2018, vale situar, temporal e historicamente, as fontes utilizadas, ou seja, o conteúdo das programações científicas dos Congressos Brasileiros e Paulistas de Urologia. Os congressos médicos são reuniões científicas, para médicos especialistas (urologistas), organizadas e ratificadas pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), ou por sua seccional de São Paulo (SBU – São Paulo).

A SBU foi fundada em 1926, por um médico urologista diplomado pela Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, e o primeiro Congresso Brasileiro de Urologia ocorreu em 1935, no Rio de Janeiro. A partir deste primeiro, todos os outros se sucederam em intervalos intermitentes, sendo que, a partir de 1969, tornou-

se um evento com regularidade bienal. Por sua vez, a SBU-SP foi fundada por um grupo de urologistas de São Paulo, em 1969, na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas e o Congresso Paulista de Urologia segue sendo realizado bienalmente desde 1990. Assim, os congressos de urologia no Brasil se alternam anualmente, desde esta última data. As sociedades médicas congregam, desde o início de sua fundação, um grupo de liderança formado por médicos urologistas influentes e por professores de cursos de medicina de universidades com tradição no ensino.

Para que os congressos sejam realizados, as sociedades médicas contam basicamente com a ajuda financeira dos laboratórios farmacêuticos e das empresas de equipamentos cirúrgicos, por meio da aquisição de “cotas de patrocínio”, dos espaços de exposição dos produtos (*stands*) e de simpósios patrocinados. Outra fonte monetária, de menor magnitude, se faz pelas anuidades e inscrições dos médicos e demais profissionais da saúde participantes (urologistas, médicos residentes na especialidade, fisioterapeutas, enfermeiros especializados, por exemplo).

Para dar início à discussão e problematização das fontes dos congressos, pode-se inferir que o trajeto da urologia brasileira, em especial entre 1989 e 2018, sofreu influências de seis demarcações cronológicas, algumas anteriores a esse recorte temporal. Tais delimitações estabelecem pontos de inflexão, onde reconfigurações de conceitos, marcos científicos e posicionamentos médicos, políticos e econômicos são detectados<sup>88</sup>. São eles:

- a) Primeira reunião da Sociedade Internacional de Pesquisa da Impotência (ISIR) (1978);
- b) Demonstração performática sobre drogas vasoativas do Dr. Giles Brindley, no Congresso da Academia Americana de Urologia (AUA), EUA (1983);
- c) Mudança de nomenclatura de impotência para disfunção erétil, sugerida pelo *National Institutes of Health* (NIH), EUA (1993);
- d) Lançamento mundial de Viagra® (1998);

---

<sup>88</sup> As seis demarcações citadas pela autora podem ser encontradas nos seguintes artigos: TIEFER, Leonore. The Viagra phenomenon. *Sexualities*, Hove, v. 9, n. 3, p. 273-294, 2006; GIAMI, Alain. Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 637-658, 2009; GOLDSTEIN, I. *et al.* The serendipitous story of sildenafil: an unexpected oral therapy for erectile dysfunction. *Sexual Medicine Review*, Hokoben, v. 7, p. 115-128, 2019.

- e) Primeira menção, em um Congresso Brasileiro de Urologia, sobre andropausa e envelhecimento (1999) e, posteriormente, é substituído pelo termo deficiência androgênica no envelhecimento masculino (DAEM) no I Consenso Latino-Americano de Disfunção Erétil, com citação da subespecialidade Andrologia (2002);
- f) Criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), pela parceria entre a Sociedade Brasileira de Urologia e o Ministério da Saúde, no Brasil (BRASIL, 2009).

Os discursos que estão presentes nas fontes, ou seja, desde a primeira programação científica do Congresso da SBU, analisado, em 1989, apontam para um enfoque com predomínio de tratamento cirúrgico da impotência. Por outro lado, o tratamento da impotência contempla, também, o uso clínico e invasivo de “substâncias vasoativas”, que facilitam a circulação sanguínea peniana e produzem a ereção.

Na abertura do Congresso de 1989<sup>89</sup>, há uma palestra internacional, proferida por um urologista norte-americano, sobre o uso de implantes penianos em pacientes com impotência e outra palestra nacional sobre impotência sexual. Apesar de um dos trabalhos publicados nos anais do congresso apresentar o título: “Vantagens da sexologia no tratamento da impotência psicogênica”, nota-se uma tênue tentativa de buscar, por meio do entendimento da “sexologia”, a resolução terapêutica da “impotência psicogênica”, pois, para a “impotência orgânica”, a urologia oferecia tratamentos cirúrgicos e clínico-invasivos.

Inicialmente, deve-se destacar que a impotência surge como diagnóstico médico e psiquiátrico, no século XIX, definida como “perda da virilidade” e como causa de infertilidade masculina (GIAMI, 2009). As compreensões médicas sobre a função erétil saudável e da impotência mudaram no decorrer do tempo, em uma congruência com os ideais médicos e culturais de sexualidade e de masculinidade, como será discutido neste e no próximo capítulo.

Conforme já descrito no capítulo 1, antes de 1970 (MCLAREN, 2007), a ciência médica possuía pouco conhecimento sobre os mecanismos fisiológicos e patológicos (fisiopatologia) da impotência e sustentava seu tratamento na psicologia/psiquiatria, incluindo ou não a parceira (MOBLEY, 2015). Isto começou a mudar em 1973, com a

---

<sup>89</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXII Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 1989.

introdução de um tratamento cirúrgico: o implante peniano para aqueles homens cuja causa “rara” de impotência estava baseada em problemas orgânicos (GOLDSTEIN *et al.*, 2019). Este redirecionamento do domínio de tratamento psicológico para o orgânico foi sendo gradativamente delineado, ao menos em parte, pela incapacidade de a psiquiatria oferecer resolução satisfatória para “todos” os homens com impotência. A medicina começa, então, a observar e a compreender que algumas causas físicas da impotência teriam mecanismos orgânicos factíveis de estudo, tais como a impotência no diabetes, no trauma peniano, na cirurgia pélvica, nas doenças neurológicas etc. (PEARMAN, 1972). Aumenta a ênfase da medicina no diagnóstico de causas orgânicas que poderiam ser “tratadas”.

Para situar o contexto das pesquisas em impotência, nos Estados Unidos, em 1978 foi criado o *Male Reproductive Center*, em Boston, liderado pelo urologista Robert Krane (membro da Universidade de Boston, uma das referências mundiais em medicina e, em especial, na urologia). No mesmo ano, ocorreu a primeira reunião da Sociedade Internacional de Pesquisa da Impotência (ISIR, atualmente denominada *International Society for Sexual Medicine*), em que se destacaram os avanços em cirurgia, como a revascularização peniana e o implante (GOLDSTEIN *et al.*, 2019). Vale sublinhar que o urologista citado em 1981 teve um artigo publicado (na revista científica da Academia Americana de Urologia, AUA, referência mundial em urologia), no qual relata o uso de um novo tipo de prótese peniana para o tratamento de pacientes com impotência orgânica (KRANE, 1981).

Nota-se que a urologia, como especialidade médica, começa a aumentar sua influência normatizadora sobre os corpos dos homens impotentes, a partir de estudos advindos da fisiologia e do desenvolvimento de técnicas cirúrgicas para implante e revascularização peniana. A criação de uma sociedade internacional demonstra que um grupo influente de pesquisadores e médicos é capaz de criar protocolos e consensos internacionais para diagnosticar e tratar a impotência e, em parte, alguns se colocam como “parceiros cirúrgicos científicos”, que realizam estudos clínicos custeados pelas empresas fabricantes de próteses e com posterior publicação de seus resultados em formato de artigo. Infere-se que a criação da ISIR pode ser um dos “movimentos” de biopoder, onde a ciência, unida ao capital, tornou pública e explícita a sua influência e capacidade de gerar conhecimento e tratamento, respectivamente. Deste modo, ao exercer o controle sobre uma doença (a impotência)

e, por conseguinte, sobre os corpos dos homens afetados por ela, a medicalização se instala, segundo as ideias de Foucault (1977).

O conhecimento, não apenas cirúrgico, segue na direção do entendimento da função erétil, mas, também, como esta pode ser “testada”, para que o diagnóstico identifique e diferencie a impotência “psicogênica” (para tratamento psicológico) da impotência “orgânica” (para tratamento médico cirúrgico) (BRODY, 1982). Por exemplo, nos EUA, uma empresa norte-americana cria um aparelho, chamado RigiScan®, que mede a magnitude da tumescência peniana e estabelece o diagnóstico, de acordo com a presença de ereção peniana noturna (impotência de causa psicológica), ou na sua ausência (impotência de causa orgânica) (KANEKO; BRADLEY, 1986). Também começam a ser utilizadas, conjuntamente, baterias de testes, desde psicológicos até os penianos, hormonais e neurológicos, com o objetivo de entender as bases fisiopatológicas nos pacientes com impotência (PADMA-NATHAN *et al.*, 1986). Assim é a medicina e, em especial, a urologia, chamando para si a responsabilidade e o domínio de entender, mas também de controlar o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento do homem impotente.

Quando se volta aos discursos de 1989, nota-se que a impotência já recebe uma abordagem predominantemente cirúrgica, por meio dos implantes penianos, que, por sua vez, são impulsionados por empresas que os desenvolvem e produzem, sendo detentoras de espaços (*stands*) e de simpósios nos próprios congressos. Também possuem “líderes de opinião”, ou seja, urologistas de renome na comunidade urológica, que realizam pesquisas clínicas (e, geralmente são também palestrantes nos congressos) com as próteses e publicam seus resultados no próprio congresso. Esses discursos, com enfoque no tratamento orgânico da impotência, apesar de haver alguma preocupação com a impotência psicogênica, demonstram que a urologia no final da década de 80, no Brasil, alinhava-se com as tendências discursivas científicas internacionais, que destacavam o entendimento da fisiologia da função erétil.

Detecta-se que há mais ausências do que presenças narrativas sobre a abordagem psicológica da impotência, ou seja, a urologia estabelecia, por meio de diagnósticos amparados na fisiologia da função erétil, o seu domínio cirúrgico sobre o homem impotente, com uma visão crescente orgânica deste. Em outras palavras, a intervenção cirúrgica tinha o exclusivo objetivo de alterar e modificar uma condição “patológica” do “corpo-máquina”, este termo sob inspiração de ideias de Foucault

(2018a), que, por décadas, encontrava-se impregnada pelo fracasso. De certa forma, ascendia uma “espécie de urologia positiva”, frente a um distúrbio do corpo masculino, que se acreditava não ter solução eficiente e duradoura. Entretanto, no Congresso de 1991<sup>90</sup>, observa-se uma tênue abordagem discursiva, que inclui uma visão mais integral e psicológica do paciente com impotência. Alguns exemplos de títulos de palestras, cursos e temas livres apresentados: “Disfunção sexual – uma rotina propedêutica”; “Impotência: fuga-venosa, uma avaliação psicológica”.

Seria possível afirmar que a urologia percebe que homens impotentes, sem resultados farmacológicos, necessitam de apoio psicológico, sendo uma “estratégia incipiente clínica” de manter tais pacientes sob seu domínio também. Em contrapartida, deve-se lembrar que, na segunda onda sexológica, ocorrida a partir da década de 50, especialmente nos EUA, a união entre ginecologistas e psicólogos na abordagem do casal disfuncional é notória. De acordo com Rohden e Russo (2011), esta é suplantada pelos urologistas que lideram a terceira onda, com o lançamento de Viagra®. Portanto, deduz-se que, apesar de os urologistas seguirem na direção do tratamento cirúrgico para o clínico, há alguma preocupação com o aporte psicológico e que seu paciente impotente também deve ser cuidado em sua dimensão psíquica.

Os laboratórios farmacêuticos, produtores de substâncias vasodilatadoras (fenoxibenzamina, fentolamina, imipramina, verapamil e papaverina), com seus patrocínios de pesquisas clínicas, também contribuíram, desde o início da década de 80, a partir dos EUA, principalmente, para gerar outro vetor de ação de empoderamento dos urologistas sobre os seus pacientes impotentes. Em vista disso, o cenário discursivo que se apresenta, em 1989, delineia a urologia como uma especialidade eminentemente cirúrgica, invasiva e em ascensão na clínica para “homens solitários” (sem a presença da parceira nos tratamentos), que, após falharem no tratamento psicológico, eram encaminhados pelos psiquiatras aos urologistas, e poderiam ter uma “derradeira alternativa”: as próteses penianas ou as injeções de drogas vasoativas.

Essa espécie de primeira fronteira urológica de biopoder, mostra-se em uma construção inicial, pois outros movimentos demarcatórios, como veremos, se

---

<sup>90</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXIII Congresso Brasileiro de Urologia, Recife, 1991.

configuram para transformar e reivindicar esta especialidade médica na responsável e controladora pela saúde do homem.

A partir de 1983, os tratamentos farmacológicos, em paralelo com os cirúrgicos, começam a ganhar força na urologia. Neste ano, aconteceu um fato científico-anedótico, que marcou a grande virada para o uso de substâncias injetadas no pênis no tratamento da impotência. No congresso anual da AUA, em Las Vegas, nos EUA, o Dr. Giles Brindley, um médico neurofisiologista britânico, fez uma *performance* ao vivo, durante sua palestra, injetando nele mesmo a substância fenoxibenzamina. Para uma plateia médica surpresa, demonstrou que poderia produzir uma ereção em si próprio (GOLDSTEIN, 2012). Depois, ele publicou seus achados na renomada revista *British Journal of Psychiatry* (BRINDLEY, 1983).

Nos discursos dos anos seguintes, entre os congressos de 1991 e de 1997<sup>91</sup> - este último, o ano da véspera do lançamento de Viagra® - o enfoque continua a ser o eretocentrismo. Aliás, o ocorrido acima citado é a “imagem icônica” desta abordagem exclusivamente “erétil” da impotência pela medicina, ou seja, a urologia traduzia suas ações científicas na busca pelo entendimento reducionista da impotência, focado em um distúrbio vascular e mecânico-hidráulico. Pode-se coligir que os discursos sobre o estudo da anatomia do pênis e de técnicas cirúrgicas vasculares predominantes nos congressos até 1997 configuram e determinam a terapêutica exclusivamente orgânica da impotência.

Em outras palavras, a urologia brasileira, vista em final dos anos 80 e início dos anos 90, espelha a grande produção científica, principalmente a norte-americana - via Academia Americana de Urologia e a ISIR -, se inspira e até segue protocolos e consensos ditados por elas. Estes, por sua vez, são, ao menos em parte, subvencionados por estudos clínicos farmacológicos e cirúrgicos - bancados por laboratórios farmacêuticos e empresas fabricantes de próteses penianas -, dirigidos por urologistas líderes em suas comunidades acadêmicas.

Na década de 80 e início de 90, muitas pesquisas sobre a fisiologia da função erétil começam a abordar os diversos mecanismos vasculares e culminam com a descoberta do óxido nítrico, sendo decretada, pela publicação *Science*, a “Molécula

---

<sup>91</sup> Fontes: SBU. Programação Científica do XXIII Congresso Brasileiro de Urologia, Recife, 1991 e do XXVI Congresso Brasileiro de Urologia, Blumenau, 1997.

do Ano”, em 1992 (GOLDSTEIN *et al.*, 2019). Esse foi um grande marco, pois iniciou-se o entendimento de que certas substâncias<sup>92</sup> poderiam aumentar a produção de óxido nítrico<sup>93</sup> e facilitar a ereção peniana. Em 1993, o *National Institutes of Health* (NIH, 1993), dos Estados Unidos, realizou um consenso entre médicos pesquisadores e urologistas e identificou que a impotência era “um importante problema de saúde pública” e sugeriu a mudança de nomenclatura de impotência para disfunção erétil. Não por acaso, no mesmo ano de 1993, a Pfizer redireciona os estudos clínicos de sildenafil do tratamento de *angina pectoris*<sup>94</sup> para a disfunção erétil, por meio do primeiro estudo piloto para mostrar a prova do conceito de que a droga é útil no homem impotente (GOLDSTEIN *et al.*, 2019).

Vale destacar que, somente a partir do DSM-IV<sup>95</sup> (GOMES; SCHRAIBER; COUTO, 2005), publicado em 1994, há o endosso formal pioneiro, no meio médico, do Transtorno Erétil Masculino, por meio da descrição de disfunções sexuais, onde estão enumerados os transtornos do desejo sexual. Dessa forma, a disfunção erétil inicia sua incursão organicista e expande seu significado para além da sexualidade anormal (RUSSO, 2004).

Neste ponto, ressalta-se que a entidade clínica disfunção erétil engloba um número de homens com “dificuldades de ereção (DE)”, ou seja, variações “patológicas ou fisiológicas” da função erétil, muito mais amplo do que a impotência. E, óbvio, o mercado de usuários de futuras drogas para o tratamento da DE já estava delineado e preparado para a chegada de lançamentos farmacêuticos. A patologização da impotência torna-se um fato irreversível. E onde há uma patologia ou doença, deve existir um “medicamento”.

Vale destacar que um importante resultado desse consenso foi que ele desencorajava o pretense uso de medicamentos orais (ioimbina, por exemplo) para a disfunção erétil, devido a sérios riscos de hipotensão (diminuição da pressão arterial) (NIH, 1993). Aliás, como já comentado, coincidentemente, três pesquisadores de

<sup>92</sup> Representadas por inibidores da enzima fosfodiesterase, presente nos vasos sanguíneos do pênis.

<sup>93</sup> É um tipo de gás, produzido pelas células, que determina a abertura (vasodilatação) dos vasos sanguíneos, provocando maior chegada de sangue ao tecido.

<sup>94</sup> Ou angina de peito, é uma síndrome clínica de desconforto ou pressão precordial (no peito), decorrente de falta de irrigação sanguínea no músculo cardíaco sem infarto.

<sup>95</sup> DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV): “É um sistema diagnóstico e estatístico de classificação dos transtornos mentais, segundo o modelo categorial, destinado à prática clínica e à pesquisa em psiquiatria”. Em 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a primeira edição do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM-I) (GOMES, 2005).



centros de pesquisas norte-americanos que descobriram o óxido nítrico receberam o prêmio Nobel de Medicina, em 1998, ano do lançamento de Viagra® (NOBEL MEDIA, 1998).

A partir de então, o termo começou a ser utilizado oficialmente na literatura médica mundial. Entretanto, nos congressos brasileiros de urologia, desde o final da década de 80, a nova nomenclatura já se mesclava com a antiga. Aqui poder-se-ia questionar: “novamente, o biopoder farmacêutico estaria “presente, mas oculto” por trás desta mudança estratégica de termos, promovida pelos NIH, ou o “*marketing* farmacêutico” se apoderou da nomenclatura, posteriormente, utilizando a chegada do primeiro tratamento oral da impotência/DE, Viagra®, como o grande marco da “virada” para disfunção erétil?”

Quando se analisa o conteúdo discursivo dos congressos, observa-se que, nos Congressos de 1989 e de 1991, apesar de “impotência” ser o termo predominante utilizado, a denominação disfunção erétil (DE) já aparece em alguns títulos de poucos trabalhos apresentados, advindos de grandes centros hospitalares e universitários. Também, os termos “disfunção sexual erétil” e “disfunção sexual” aparecem em alguns títulos de estudos exibidos no congresso. Ademais, em 1991, são observados os termos “DE seletiva e DE orgânica”, em uma palestra dada por uma psicanalista, especialista em terapia sexual.

Isto denota que o termo DE começava a se inserir nos discursos da urologia brasileira, sendo um reflexo da literatura científica internacional, em especial, a norte-americana. Entretanto, em 1997, nota-se que os dois termos se alternam nos discursos; um exemplo é o título de uma palestra: “Impotência: avaliação da disfunção erétil”. Aqui, está nítida a “passagem” de um termo para outro, e pode-se concluir que o segundo “movimento” de biopoder da urologia sobre o corpo do homem se alastra, mas permanece na espera (ou latente) pelo lançamento da “pílula azul”, em 1998: a disciplinarização dos corpos por meio da medicalização. À vista disso, os discursos na urologia indicam que a terminologia de impotência para DE foi sendo alterada gradativamente, posto que, desde 1989, os dois termos já são utilizados, o que reflete que sua construção, advinda dos centros norte-americanos, já estava entronizada no meio urológico brasileiro.

Em síntese, a mudança de denominação da entidade clínica de “impotência” para “disfunção erétil”, que ocorre no final dos anos 80 e início dos 90, “coincide” com

um redirecionamento no entendimento da fisiologia erétil, proporcionado por pesquisas fisiológico-organicistas (e um dos marcos científicos foi o Prêmio Nobel ter sido concedido à descoberta das ações vasculares do óxido nítrico), em detrimento ao âmbito psicológico da função erétil, além da mudança de nomenclatura da entidade clínica.

Por outro lado, pode-se deduzir que a impotência carregava uma longa história de acúmulo de significados morais e de tabus em relação ao homem, que não poderia procriar e exercer sua função de homem gerador, conforme descrito no capítulo 1. A impotência apontava para uma falta, para uma ausência de “potência”, que, em princípio, não podia ser preenchida, mas aceita. A disfunção erétil se afasta dessa carga moral, se desconecta dos significados negativos, que foram se somando temporalmente à impotência. A construção do termo disfunção erétil (DE) - como se discutirá mais à frente, tendo a mídia como contraponto - foi sendo elaborada para que a função erétil ausente ou insuficiente se mostrasse como “consequência” de diversas situações cotidianas, mas também de doenças. No diagnóstico de disfunção, é mais exequível a correção, a melhoria, o aperfeiçoamento, ou seja, instala-se a patologização de uma função fisiológica, que eventualmente pode apresentar falhas. A disfunção admite a restauração ou o aperfeiçoamento de uma função específica do membro masculino: a ereção por meio da medicalização. Por sinal, Giami (2009) afirma que a impotência é um dos exemplos mais conspícuos no processo de medicalizar a sexualidade.

Paralelamente à busca das ciências fisiológicas pelo entendimento da função erétil, pesquisas do laboratório Pfizer sintetizam uma molécula, um inibidor da enzima fosfodiesterase tipo 5, em dezembro de 1989, chamado citrato de sildenafil (somente posteriormente foi denominado com o nome comercial de Viagra®). Conforme já descrito anteriormente, nos anos de 1991 e 1992, foram realizados estudos clínicos para o uso de sildenafil em homens que sofriam de *angina pectoris*; entretanto, começou-se a observar o aparecimento de um evento adverso: a função erétil de tais pacientes começou a melhorar e os resultados para o uso na angina foram identificados como insignificantes. Desde então (1993-94), houve um redirecionamento nas pesquisas clínicas, pelo laboratório, para estudar grupo de pacientes com dificuldades de ereção, com resultados animadores e positivos de eficácia. Simultaneamente, em 1994, o *Massachusetts Male Aging Study* (apoiado

pelos NIH e, em anos posteriores, por vários laboratórios, inclusive Pfizer) é publicado e anuncia que a disfunção erétil apresenta uma prevalência de mais de 50% em homens entre as idades de 40 e 70 anos. E, em 1997, é validado e publicado o questionário (IIEF<sup>96</sup>) para identificação de disfunção erétil em homens tratados com sildenafila, sob o apoio do laboratório Pfizer (ROSEN *et al.*, 1997).

Giami (2009) e Tramontano (2015) afirmam que a comercialização de uma “nova classe de drogas” (inibidores de fosfodiesterase) - tendo Viagra® (sildenafila) como a droga pioneira - estava diretamente ligada à construção de uma nova terminologia em substituição à impotência, ou seja, ao surgimento da “disfunção erétil”. De certa forma, Viagra® tomou posse da chancela de um movimento que já estava em curso na medicina urológica: o abandono do termo impotência, que arrastava consigo procedimentos terapêuticos somente cirúrgicos e invasivos, com limitados resultados de eficácia, para uma nova terminologia, com espaços, significados e resultados a serem construídos.

O Congresso de 1997 chama a atenção para o predomínio do termo DE, em contrapartida ao de impotência. Por exemplo, na sessão plenária, destacam-se três títulos: “Impotência”; “O que há de atual na disfunção sexual erétil?” e “Tratamento clínico da DE”, este último, um curso de pós-graduação, sob patrocínio da Pfizer. Conclui-se que o laboratório, no ano anterior ao lançamento de Viagra®, já estava preparando o discurso de introdução de sua terapêutica pioneira.

Neste período de transição, predominantemente cirúrgica e invasiva clínica, para a clínica farmacológica por via oral, a urologia começa a se preocupar com a adesão do paciente ao tratamento invasivo (injeções penianas), com qualidade de vida sexual e familiar. Destacam-se três estudos, apresentados na categoria Tema Livre, cujos títulos são: “Avaliação do nível de qualidade de vida familiar e sexual após o uso de auto injeção”; “DE: importância da abordagem inicial para a avaliação correta do paciente” e “Modalidades e resultados da psicoterapia junto a pacientes portadores de DE em instituição hospitalar pública”. Aqui, poder-se-ia inferir que o discurso do urologista está no curso de um lento redirecionamento: o especialista passa do “*status* passivo” de receber pacientes advindos da psiquiatria/psicologia, para se colocar na

---

<sup>96</sup> Índice Internacional de Função Erétil.

posição de tomar para si a avaliação e diagnóstico da DE, e mais: a de indicar e acompanhar a psicoterapia deste paciente, quando necessário.

Apesar de as programações dos congressos até 1997 não incluírem o paciente idoso – e, por conseguinte, haver ausência de discursos sobre o envelhecimento e longevidade – a conferência de abertura, nesse ano, tem o título: “Preceitos fundamentais para maior quantidade e melhor qualidade de vida. Você está preparado para viver mais de um século?” Novamente, aqui percebe-se que o discurso contém preocupação com a qualidade de vida e a longevidade, seja para o próprio público médico que a assistiu ou para seus pacientes. Por conseguinte, detectam-se os primeiros passos da urologia em direção ao entendimento do envelhecimento, a sua valorização e, de maneira pragmática, até à criação de uma subespecialidade, a urogeriatria. Aliás, tal nomenclatura irá se fazer presente somente no Congresso Paulista de 2008.

Em 1998, ano do lançamento de Viagra<sup>®</sup>, como já descrito no capítulo 2, a Pfizer torna-se o patrocinador do I Consenso sobre Disfunção Erétil<sup>97</sup>, no Brasil. Importante lembrar que os Consensos Médicos são aparelhados majoritariamente por sociedades médicas, em que participam médicos de notório saber, líderes de opinião em suas especialidades com atividade acadêmica ou possuidores de grande experiência clínica. As diretrizes construídas em um consenso são recomendações de saúde, neste caso sobre disfunção erétil, fornecidas por um corpo de especialistas, que conduzem uma revisão sistemática dos dados da literatura científica sobre como tratar ou diagnosticar uma doença, com o objetivo de obter melhores resultados para o paciente<sup>98</sup>.

Para vislumbrar um paralelo entre consensos sobre a mudança de terminologia da impotência, vale citar quais eram os regulamentos da conferência de consenso estruturada pelo *National Institute of Health* (NIH), em 1992, nos EUA, como exemplo de estabelecimento de uma reunião entre especialistas sobre um tema em comum, a disfunção erétil. Os especialistas e pesquisadores de diversas áreas, tais como urologia, geriatria, clínica geral, endocrinologia, psiquiatria, psicologia, enfermagem,

---

<sup>97</sup> Fonte: SBU (Sociedade Brasileira de Urologia). I Consenso Brasileiro de disfunção erétil. BG Editora: São Paulo, 1998.

<sup>98</sup> Definição baseada em artigo, intitulado *Consensus Guidelines: a tool for establishing evidence-based practices*, publicado pela Dra. Chinmayee Joshi. Disponível em: <https://www.sciformix.com/medical-affairs-blog/consensus-guidelines-tool-establishing-evidence-based-practice/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

epidemiologia, bioestatística e ciências básicas, sem vínculo com entidades governamentais, cuja *expertise* abarcava a impotência, realizaram uma reunião pública, para responder a várias perguntas sobre o tema em questão (impotência/disfunção erétil). Deliberações foram feitas a portas fechadas e, em seguida, elaborado um relatório independente, posteriormente publicado (GIAMI, 2009; NIH, 1993).

Sob a inspiração da filosofia política de Michel Foucault (2018a), sugere-se que os discursos contidos nos consensos são a expressão de biopoder das Sociedades Médicas, mas, também, tais narrativas podem sofrer influências diretas ou indiretas de *Big Pharmas*, ou seja, da influência de estratégias de *marketing*, exercida pela indústria farmacêutica. Os consensos podem ser interpretados como normatizações, normalizações e padronizações de práticas médicas, cuja rede de poderes transpassa por diversas dimensões: chancela de uma sociedade médica, patrocínio de um laboratório farmacêutico, expressão de hierarquia entre os pares, provimento de maior visibilidade da especialidade para a sociedade e a mídia. A respeito de normatizações, o consenso cria, de certa forma, “leis de condutas”, que sugerem a regularização das práticas de diagnóstico e de tratamento. Ademais, os consensos também produzem, a partir do saber científico, mas sob influência direta ou indireta do *marketing* farmacêutico, as normalizações. Nesta reunião específica, no ano de lançamento de Viagra®, estabelecer parâmetros de diagnóstico (situar a função erétil dentro ou fora da normalidade) não deixa de ser um exercício de normalização para enquadrar, disciplinar corpos masculinos em uma “nova categoria terapêutica”, a disfunção erétil. Normalizar também pode significar a redução de variações terapêuticas, evitar erros e focalizar certas condutas em medicamentos, como no caso de Viagra®.

Quanto à referência de uma “nova categoria terapêutica”, importante salientar que, a cada “nova doença ou patologia”, cabe uma “nova terapêutica”, e um tipo de movimento proliferativo de disfunções sexuais já podia ser notado no citado DSM-IV. A antropóloga Emily Wentzell (2017) considera que tal ampliação de disfunções sexuais incluem esforços da classe médica para reformular o envelhecimento como um processo patológico, caracterizado por “baixa testosterona” e tratável com suplementação hormonal, além do uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs), para tratar a ejaculação precoce. Aliás, esse contexto será discutido no próximo subitem.

Destarte, a reafirmação da “nova terminologia”, em substituição à antiga, a impotência, se conecta ao surgimento na prática urológica da medicalização pioneira por via oral, além de ampliar a população de homens para além da idade madura (maior de 65 anos).

Para exemplificar alguns pontos levantados acima, no discurso de apresentação, cujo título é: “Consensos e Guias de Orientação: prioridades fundamentais da Sociedade Brasileira de Urologia”, destacam-se os seguintes trechos, rubricados pelo Presidente da SBU:

Este I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil, promovido pelo Departamento de Andrologia da SBU, constitui a primeira realização nesta área em 1998, pois traduzia uma necessidade mais urgente diante da rápida evolução dos meios propedêuticos e do tratamento da disfunção erétil nos últimos anos. Desde os avanços do uso de drogas vasoativas em aplicações locais até o advento da terapêutica oral, com a recente introdução do sildenafil (princípio ativo do Viagra®), muitos conceitos foram reformulados na abordagem do paciente com DE, possibilitando diagnósticos mais exatos e condutas terapêuticas mais específicas e eficazes. Com essa realização inaugural/98, a atual Diretoria da Sociedade Brasileira de Urologia inicia o desafio de promover a revisão dos principais tópicos de interesse no âmbito da Especialidade, de maneira a nortear seu Corpo de Associados e demais interessados no manejo do paciente urológico sempre em sintonia com condutas cientificamente bem substanciadas e coerentes com a realidade da Medicina praticada em nosso meio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 1998. p. 3).<sup>99</sup>

Nessa reunião, cuja maioria dos participantes era composta por médicos urologistas, mas também geriatras, endocrinologistas, psiquiatras, psicólogos, clínicos gerais, quando se analisa mais detidamente esse discurso inicial de abertura do consenso, constata-se que o lançamento do medicamento Viagra®, a primeira terapêutica por via oral a tratar a DE, é posicionado como um marco divisor de águas: de um lado, está a terapêutica invasiva, com drogas aplicadas localmente (o passado) e, de outro, o surgimento do tratamento oral da DE (o presente). O discurso reafirma o poder de transformação de tal terapêutica, no sentido de que a “ciência” trouxe novos conceitos e possibilita, por conseguinte, a detecção mais apurada da DE e o tratamento com mais eficácia. A presença discursiva dos atributos do medicamento perpassa pelo trajeto do antigo para o novo, da terapia local para a oral e, subentende-

---

<sup>99</sup> Fonte: Sociedade Brasileira de Urologia. I Consenso Brasileiro de disfunção erétil. São Paulo: BG Editora, 1998. p. 3.

se, da menor eficácia para a maior eficácia. Percebe-se um afinamento e harmonia entre ciência (conhecimento) e indústria farmacêutica (capital e *marketing*), ambas unidas pela saúde do homem.

Deve-se atentar para a denominação do departamento da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), que promove o Consenso: a “andrologia”. Esta é uma subespecialidade encampada pela urologia, cujos alvos de ação médica são a reprodução e função sexual masculinas, as disfunções sexuais, incluindo a DE e a ejaculação precoce, além da regulação dos hormônios sexuais masculinos (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). Essa subespecialidade sofrerá expansão e terá influência sobre a trajetória da urologia, com o surgimento da entidade clínica denominada Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM).

Nos discursos do I Consenso, o termo disfunção erétil substitui o anteriormente utilizado, ou seja, a denominação impotência está ausente, tanto no índice dos capítulos, como no conteúdo sobre a abordagem cirúrgica e invasiva. A abordagem eretocêntrica nas narrativas se faz presente na fisiologia, diagnóstico e tratamento; entretanto, há um capítulo sobre “Avaliação e terapia psicológica: como fazer e quem deve fazer?”. No capítulo sobre o tratamento oral da DE, há destaque para Viagra® (“um facilitador da ereção, quando bem indicado, apresenta bons resultados, sem efeitos colaterais clinicamente importantes” p. 68<sup>100</sup>). Ressalta-se que Viagra® é descrito não com a denominação de um “medicamento”, mas como um agente que facilita/melhora a função erétil. Isto reforça a construção conceitual de que Viagra® não trata uma “doença”, mas “melhora/facilita” a ereção reduzida ou insuficiente.

Por outro lado, nos discursos, há ausência de termos e temas, que, por sinal, são detectados progressivamente nos próximos congressos e no I Consenso Latino-americano de Disfunção Erétil, em 2002<sup>101</sup>: masculinidade, virilidade, potência, desejo, felicidade, saúde do homem, disfunção sexual, parceira, envelhecimento. As narrativas do primeiro consenso espelham o momento inicial do lançamento do Viagra®, com predominância do conhecimento cirúrgico-invasivo sobre o pênis. Nota-se que o discurso sobre um entendimento holístico do corpo do homem não fora

<sup>100</sup> Fonte: SBU (Sociedade Brasileira de Urologia). I Consenso Brasileiro de disfunção erétil. São Paulo: Editora BG Cultural, 1998.

<sup>101</sup> Fonte: SLAIS (Sociedade Latino-americana para o Estudo da Impotência e Sexualidade). I Consenso Latino-americano de Disfunção Erétil. São Paulo: Editora BG Cultural, 2002.

construído até então. A medicina preocupa-se, predominantemente, com a disfunção de um segmento corporal, o pênis; porém já se apreende o retorno à preocupação no âmbito psicológico, que será depois, gradativamente, revisitada e ampliada no decorrer dos anos 2000.

Pode-se afirmar que os consensos legitimam a medicalização por meio da normatização e normalização. Isto é reforçado pela afirmação de Galindo (2016, p. 351): “Medicalizar condutas assinala o campo normalizador do direito à saúde, porém, ainda possibilita a normalização disciplinar pelo controle individual”. Infere-se que a medicalização, sob o âmbito dos consensos médicos, se insere no dispositivo do biopoder, por meio da apresentação de um discurso sobre a verdade terapêutica amparada na ciência, mas “direcionada” pelo *marketing* farmacêutico sobre os corpos masculinos sujeitos à disfunção erétil, por uma autoridade representada por especialistas.

Após um ano do lançamento de Viagra<sup>®</sup>, muitos trabalhos sobre o medicamento são apresentados e acontece um simpósio patrocinado pela Pfizer, no Congresso de 1999<sup>102</sup>, com a nomenclatura disfunção erétil. Também, as narrativas no Congresso incluem preocupação com dados epidemiológicos da DE, segurança da terapêutica, função sexual versus função cardíaca e a ampliação do uso do produto para outros grupos de pacientes (diabéticos, pós-lesão medular, pós-retirada cirúrgica da próstata). O discurso eretocêntrico, organicista da função erétil segue mesclando-se com o início da construção gradativa de um discurso mais totalizante. Isto é, começa-se a discutir temas mais amplos (DE em grupos especiais de pacientes, estudos sobre a sexualidade de homens e mulheres, o nível educacional dos pacientes com DE, expectativas quanto ao tratamento, alterações emocionais), ou seja, começa a se delinear um vetor, que parte do órgão e se direciona para o corpo do homem.

Este “movimento holístico da urologia” torna-se mais exuberante no Consenso Latino-americano de Disfunção Erétil, em 2002<sup>103</sup>. Os discursos pretendem ampliar o entendimento da DE na direção da multidisciplinaridade, pois temas como deficiência androgênica no envelhecimento masculino (DAEM), DE psicogênica, transtornos da ejaculação e disfunção sexual feminina já estão incluídos nos títulos de capítulos.

---

<sup>102</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXVII Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 1999.

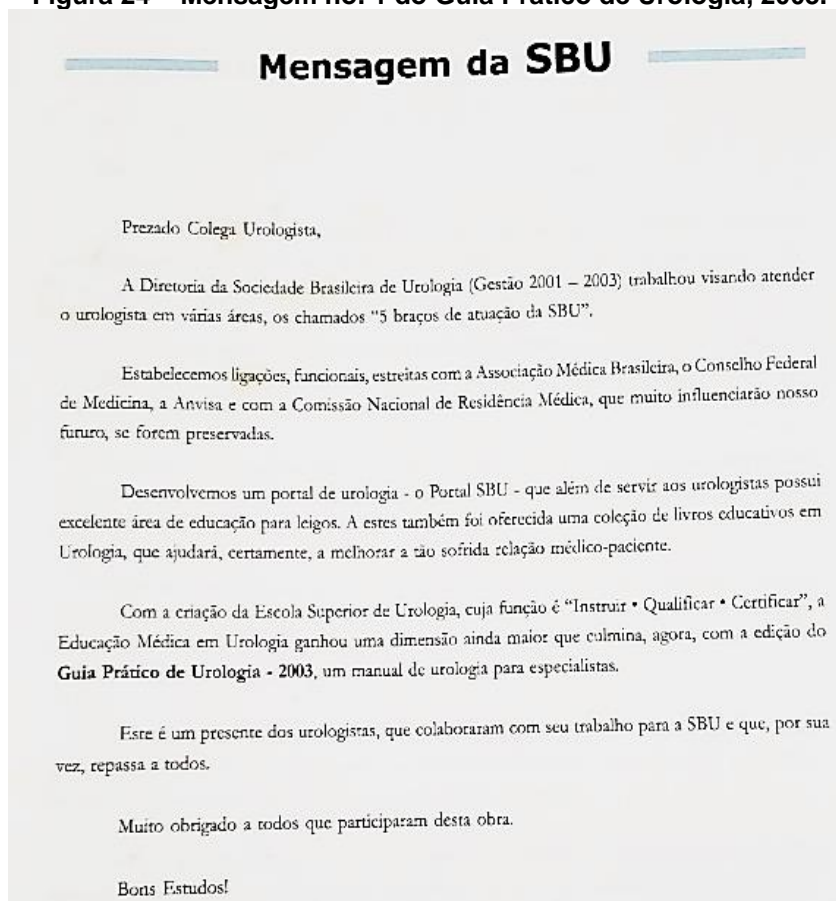
<sup>103</sup> Fonte: SLAIS (Sociedade Latino-americana para o Estudo da Impotência e Sexualidade). I Consenso Latino-americano de Disfunção Erétil. São Paulo: Editora BG Cultural, 2002.



Algumas palavras-chave se tornam presentes nos discursos: sexualidade, masculinidade, virilidade, potência, desejo, felicidade, disfunção sexual, parceira e saúde do homem. Já nos congressos seguintes, nos anos 2000<sup>104</sup>, nota-se, de forma marcante e gradativa, a presença de discursos cujo interesse da urologia em entender seu paciente vai além da função erétil, ou seja, narrativas que incluem “Aderência ao tratamento, vida conjugal, nível educacional, sexualidade na terceira idade, abordagem psicológica de aspectos emocionais e a relação médico-paciente”.

No Congresso de 2003<sup>105</sup>, com apoio do laboratório Pfizer, é lançada uma publicação da SBU: “Guia Prático de Urologia – 2003”<sup>106</sup>. Ressaltam-se duas narrativas introdutórias de dois atores (1- Mensagem do Presidente da SBU; 2- Mensagem do Diretor Médico do laboratório Pfizer) (Figuras 24 e 25).

**Figura 24 – Mensagem no. 1 do Guia Prático de Urologia, 2003.**



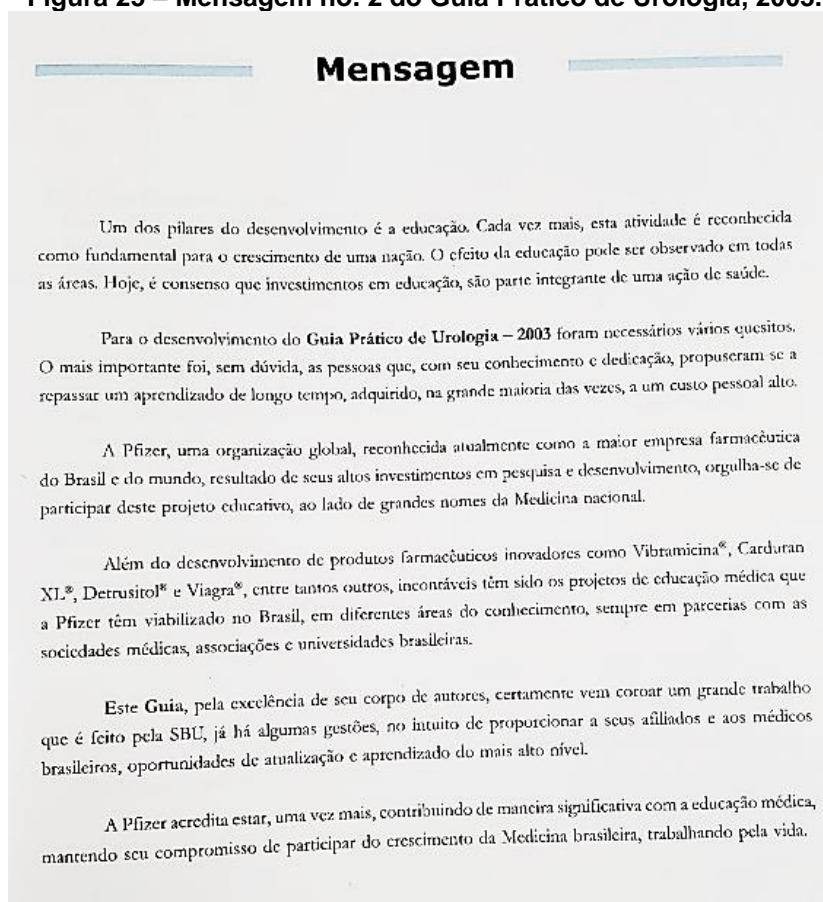
Fonte: SBU (Sociedade Brasileira de Urologia). Guia Prático de Urologia, 2003. São Paulo: Segmento, 2003, p. 3.

<sup>104</sup> Fonte: SBU-SP. Programação Científica do VII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2002.

<sup>105</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXIX Congresso Brasileiro de Urologia, Foz do Iguaçu, 2003.

<sup>106</sup> Fonte: SBU (Sociedade Brasileira de Urologia). Guia Prático de Urologia, 2003. São Paulo: Segmento, 2003.

**Figura 25 – Mensagem no. 2 do Guia Prático de Urologia, 2003.**



Fonte: SBU (Sociedade Brasileira de Urologia). Guia Prático de Urologia, 2003. São Paulo: Segmento, 2003, p. 8.

Por um lado, o discurso da sociedade médica destaca os espaços de articulação com esferas médicas de domínio superior (AMB, Associação Médica Brasileira e CFM, Conselho Federal de Medicina) e com o Estado (Anvisa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e CNRM, Comissão Nacional de Médicos Residentes) e, por outro, faz emergir a ferramenta de disseminação de informação e conhecimento, tanto para o médico como para o público leigo: a educação, via Portal SBU, na web. A citação: “[...] melhorar a tão sofrida relação médico-paciente”, é sintomática de um movimento sendo construído e direcionado para a manutenção de um vínculo médico, que vai além do tratamento cirúrgico de curto/médio prazo para um mais duradouro, isto é, a da terapêutica clínica, em busca de adesão e fidelidade do paciente. Ademais, o discurso da SBU transcorre pelo seu poder de “instruir, qualificar e certificar” os médicos membros urologistas, em uma demarcação clara de regulamentação da especialidade. Entretanto, nota-se a ausência discursiva sobre interconexões da urologia com outras especialidades, diferente do que ocorreu no I Consenso Latino-americano de DE, em 2002. Evidencia-se que, nesta obra, o foco

único de ação da sociedade médica se dava somente sobre o especialista, mas também em como mantê-lo associado, por meio de regulamentações e a acessibilidade de conhecimento científico; este, por sinal, abertamente articulado com uma *Big Pharma*.

No discurso do representante do laboratório, observa-se a demarcação do “elo” entre o *marketing* farmacêutico e a ciência, ou seja, a educação. Conforme já citado no capítulo 2, esta pode ser interpretada aqui como um dispositivo do biopoder de múltiplas irradiações, sentidos e forças, na medida em que a Pfizer exalta seu raio de influência, o qual perpassa pelos “altos investimentos em pesquisa e desenvolvimento” e pelo exercício de disseminar saberes-poderes sobre sociedades médicas, associações e universidades brasileiras. Em vista disso, os discursos possuem um eixo em comum, a educação, e, a partir desta, estabelecem um diálogo de reforço mútuo, no sentido de manter médicos urologistas sob sua tutela de influência. Quando se leva em consideração os pensamentos foucaultianos (FOUCAULT, 2018a, 1999), pode-se sugerir que a educação se transforma em um dispositivo do *marketing* farmacêutico, chancelado pela ciência, cujo objetivo final é a medicalização. Os discursos de um “Guia Prático de Urologia” também se tornam um aparelho de geração de normatizações e normalizações, que se traduzem pelo biopoder sobre os corpos dos pacientes-alvo da especialidade. Ou seja, pode-se concluir, sob uma base de ideias de Foucault (2018a), a disciplinarização dos corpos masculinos, produzida pela prescrição médica, normatizada por consensos e legitimada pela ciência.

Vale tecer alguns breves comentários sobre a mudança de terminologia de andropausa ou declínio hormonal no envelhecimento para o termo DAEM. Conforme Thiago, Russo e Camargo Junior (2016) afirmam, a nomenclatura andropausa se aproxima de menopausa e da ideia de um processo “natural”, distanciando-se do sentido de “deficiência” ou “desordem”, ou seja, o primeiro demandaria menos medicalização do que o segundo. Pode-se traçar um paralelismo parcial quanto à impotência e à disfunção erétil, no sentido de que o urologista, impulsionado pelos estudos publicados e pelo capital/*marketing* da indústria farmacêutica, é “estimulado” a ampliar seu poder de prescrição clínica sobre o homem, pois este, além de apresentar disfunção erétil, também envelhece e pode estar apto a ser medicalizado com hormônios de reposição. Porém, qual seria o objetivo clínico para o corpo do

homem que envelhece? Por exemplo, segue trecho de discurso encontrado no *website* do laboratório Pfizer, intitulado: “Andrologista, o especialista na saúde do homem”. A resposta a esta questão pode estar sublinhada:

Deficiência androgênica - os andrógenos são os hormônios masculinos, incluindo a testosterona, que dão aos homens atributos tipicamente masculinos. Quando os andrógenos estão baixos, a saúde geral pode ser afetada. Uma vez que o diagnóstico é feito, **o tratamento pode trazer melhora na qualidade de vida.**<sup>107</sup>

À medida que os congressos de urologia adentram na primeira década do século XXI, a construção discursiva da DAEM transcorre pelos variados tópicos da medicina: desde a fisiologia da testosterona no envelhecimento masculino, diagnóstico, tratamento, contraindicações, importância da síndrome metabólica, obesidade e diabetes, até a inserção da disfunção erétil na Andrologia.

Se, por um lado, o direcionamento da construção narrativa nos congressos de urologia e no Consenso de 2002 segue para o homem idoso, em grande parte, também impulsionada pela construção de outra terminologia e entidade clínica, a DAEM, com a promoção da medicalização para alcançar “melhora na qualidade de vida” no envelhecimento masculino, por outro lado, a própria narrativa sobre a DE é capaz de incorporar outros elementos que extrapolam a visão orgânico-erétil. A partir de 2003<sup>108</sup>, as narrativas dos congressos começam a incluir a abordagem do paciente geriátrico (“O homem idoso: o novo foco dos urologistas”) e a qualidade de vida. Em uma mesa-redonda, os seguintes temas são discutidos: “DE: Novos Rumos”; “O que

<sup>107</sup> Fonte: Pfizer.com.br. Disponível em: <https://www.pfizer.com.br/noticias/ultimas-noticias/andrologista-o-especialista-na-saude-do-homem>. Acesso em: 09 abr. 2020.

<sup>108</sup> Fontes: SBU. Programação Científica do XXIX Congresso Brasileiro de Urologia, Foz do Iguaçu, 2003; SBU-SP. Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2004; SBU. Programação Científica do XXX Congresso Brasileiro de Urologia, Brasília, 2005; SBU-SP. Programação Científica do IX Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2006; SBU. Programação Científica do XXXI Congresso Brasileiro de Urologia, Salvador, 2007; SBU-SP. Programação Científica do X Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2008; SBU. Programação Científica do XXXII Congresso Brasileiro de Urologia, Goiânia, 2009; SBU-SP. Programação Científica do XI Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2010; SBU. Programação Científica do XXXIII Congresso Brasileiro de Urologia, Florianópolis, 2011; SBU-SP. Programação Científica do XII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2012; SBU. Programação Científica do XXXIV Congresso Brasileiro de Urologia, Natal, 2013; SBU-SP. Programação Científica do XIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2014; SBU. Programação Científica do XXXV Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 2015; SBU-SP. Programação Científica do XIV Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2016; SBU. Programação Científica do XXXVI Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 2017; SBU-SP. Programação Científica do XV Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2018.

restou da avaliação clínica?"; "Diga sim às drogas"; "Qualidade de Vida x Decisão Terapêutica".

Além disso, nota-se o alargamento do entendimento e alcance da DE, quando inúmeros estudos são publicados (e, óbvio, patrocinados pela Pfizer) e catapultados para os congressos, posicionando a DE como um "marcador de sintomas cardiovasculares" (GANDAGLIA *et al.*, 2014). Em outras palavras, é construído pela ciência o conceito de que a disfunção erétil pode ser a ponta do *iceberg* de outras doenças sistêmicas, relacionadas ao coração e circulação sanguínea e, por isto, a DE pode e deve ser diagnosticada por outras especialidades médicas.

Se inicialmente o urologista encontrava-se sozinho na terapêutica clínica da DE, as pesquisas clínicas com Viagra® e medicamentos concorrentes se abrem para outros grupos de pacientes com doenças cardiovasculares, endócrinas, dentre outras. Em consequência, o urologista é impulsionado a se articular e criar narrativas com outras especialidades, tais como a cardiologia, endocrinologia, clínica geral, psiquiatria e, em especial, com a geriatria. O alcance da medicalização da disfunção erétil, liderada inicialmente pelo urologista, agora se amplifica através da medicina multiespecialidade e, também, pela presença de um subespecialista alocado dentro da urologia, o andrologista.

Concomitante a isto, outros discursos voltados para a profissão aumentam sua ocorrência nos títulos de algumas palestras: "Perspectiva e futuro da medicina e da urologia como especialidade e da SBU que a representa no Brasil"; "O Urologista cidadão"; "Para onde caminha a medicina no Brasil"; "O mercado de trabalho: perspectivas de trabalho para o médico urologista, índice demográfico da urologia, emprego público ou clínica privada", "O SUS e a Urologia"; "Formação profissional: como estão as residências em urologia no Estado de SP"; "Vale a pena ser sócio da SBU?".

Aqui, cabe uma problematização: por que o urologista começa a ter interesse pelo seu presente e futuro profissionais? E por que são criados projetos, com ou sem o patrocínio direto de laboratórios, em que os urologistas aumentam sua exposição ao público por meio de aulas, treinamentos, distribuição de folhetos e disponibilidade para tirar dúvidas? Por exemplo, um anúncio da SBU Paulista (2004)<sup>109</sup>, em que o

---

<sup>109</sup> Fonte: SBU-SP. Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2004.

discurso inclui: “É a primeira vez que a SBU-SP irá fazer uma atividade voltada para a população, ao ar livre e dentro da programação científica de um congresso paulista. Esclarecer a população sobre as dúvidas mais frequentes sobre doenças urológicas masculina, feminina e infantil, orientações de quando procurar o médico, doenças que são tratadas pelos médicos urologistas, entre outras”.

Uma possibilidade de interpretação: à medida que a urologia ganha robustez na clínica (porém, sem deixar de lado a atuação cirúrgica), amplia sua população de pacientes, aumenta sua exposição na mídia e torna-se alvo preferencial de patrocínio dos laboratórios fabricantes de medicamentos para DE e DAEM, cresce rapidamente seu alcance prescritivo e seu controle sobre a saúde do homem. Sendo assim, começa a ser imprescindível a construção de uma narrativa de “auto empoderamento” e “autovalorização”, reivindicando para a especialidade, representada pela SBU, e para o próprio urologista um lugar de destaque na comunidade médica, na sociedade e no Estado.

O urologista também começa a vislumbrar a necessidade de um entendimento mais aprofundado sobre o que esse paciente com queixa de disfunção erétil, que chega ao consultório, espera do seu tratamento. No Congresso de 2005<sup>110</sup>, essa preocupação aparece no seguinte discurso: “Qual a expectativa dos pacientes que procuram tratamento para DE?” O paciente deixa de ser percebido como um sujeito passivo, que somente recebe informações sobre sua doença e tratamento, além de “obedecer” de forma inerte ao médico, para se transformar em um sujeito ativo, capaz de ter proatividade e crítica quanto ao seu autocuidado (FOUCAULT, 2018b). É possível que o *marketing* farmacêutico e a mídia, por meio de seus anúncios e reportagens, possam ser agentes conspícuos nesta mudança de postura. Por sinal, este tópico será detalhado no próximo capítulo.

Quando se analisa a preocupação da urologia em conhecer a sua população de pacientes com disfunção sexual, chama a atenção a ausência de discursos sobre estudos de dados epidemiológicos desenvolvidos no Brasil. Por exemplo, quando se examina a lista de referências bibliográficas do “Capítulo Epidemiologia” do I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil, não há citação de artigo nacional. A carência de tais estudos era suprida por dados advindos principalmente dos EUA e da Europa.

---

<sup>110</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXX Congresso Brasileiro de Urologia, Brasília, 2005.

Por exemplo, o principal estudo referencial epidemiológico foi criado pelo “grupo de Boston”, em 1987, que avaliou uma população de homens maiores de 40 anos, o *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS) (FELDMAN *et al.*, 1994). A prevalência de DE foi estipulada em 50%, aliás, valor quase três vezes maior do que taxas anteriormente pesquisadas pelos mesmos urologistas (GIAMI, 2009).

Entretanto, somente em 2001 surge o primeiro estudo sobre a prevalência da disfunção erétil em uma amostragem da população brasileira. Por sinal, tal estudo teve apoio do laboratório Pfizer (MOREIRA JUNIOR *et al.*, 2001). A partir de então, inúmeros estudos epidemiológicos, em diferentes populações de pacientes, foram publicados (ABDO *et al.*, 2006).

Esse crescimento de dados epidemiológicos nacionais, não por coincidência, acompanha os investimentos maciços da Pfizer em pesquisas, no pós-lançamento de Viagra®. Tal produção de dados atingiu um ápice, nesse recorte temporal, com a realização do maior estudo sobre dados epidemiológicos a respeito da vida sexual e de disfunções sexuais, até aquele momento. Liderado por uma pesquisadora e psiquiatra do Programa de Estudos em Sexualidade<sup>111</sup> (ProSex), da Universidade de São Paulo, a pesquisa publicada em formato de livro, com apoio da Pfizer, incluiu um levantamento por amostragem, feito com mais de sete mil brasileiros de todas as regiões do país (ABDO, 2004<sup>112</sup>). Dentre os dados coletados, está a prevalência sobre disfunção erétil em seus diferentes graus e faixas etárias da população masculina, além dos hábitos sexuais de homens e mulheres. Portanto, a biopolítica dos números iniciou seu percurso no Brasil, no sentido de criar saberes nacionais para, por um lado, serem irradiados na comunidade médica, na mídia e, finalmente, como será problematizado, na construção da saúde do homem. Em confluência com as ideias de Foucault (2018a), o biopoder, por meio da epidemiologia (saberes sobre o corpo-espécie), atravessa as várias esferas da sociedade (médico, indústria farmacêutica, mídia) e converge para a medicalização.

---

<sup>111</sup> De acordo com o conteúdo do site da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sobre o ProSex: “Criado em 1993, o ProSex funciona de maneira interdisciplinar, agregando profissionais de vários campos da saúde, como psiquiatria, psicologia, ginecologia, urologia, fisioterapia, além de educadores. O objetivo do programa é melhorar a vida sexual de seus pacientes, conta Carmita”. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/fmusp/noticias/prosex-do-ipq-hcfmusp-busca-melhorar-a-vida-sexual-de-seus-pacientes>. Acesso em: 9 set. 2020.

<sup>112</sup> Fonte: ABDO, Carmita. **A descoberta sexual do Brasil**. São Paulo: Summus, 2004.

Nos congressos pré Viagra®, há quase ausência de discursos sobre a epidemiologia da DE; somente em 1989<sup>113</sup> houve o registro de um tema livre apresentado, que trata sobre o “Banco de dados para disfunção sexual masculina. Cadastramento de pacientes com dados sobre identificação, antecedentes pessoais”. No entanto, posteriormente a 1998, percebe-se a presença de discursos sobre tal tema e a necessidade de a urologia em quantificar, organizar e controlar dados epidemiológicos sobre a população de seus pacientes.

Se o objetivo da medicina é ampliar o rol de pacientes diagnosticados, tanto para que estes sejam “incluídos em estudos epidemiológicos”, como para serem tratados, o laboratório Pfizer também tinha interesse em colaborar na criação e “divulgação pelo *marketing* aos urologistas” (desde seus estudos clínicos iniciais com o medicamento), uma ferramenta simples e acessível aos pacientes, para que neles pudesse ser detectado ou não a DE. Isto é, um ano antes do lançamento de Viagra®, em 1997, foi publicado um artigo que tratava da validação de um questionário (Índice Internacional de Função Erétil, IIFE), com 15 questões, que incluíam cinco domínios: função erétil, função orgástica, desejo sexual, satisfação da relação e satisfação geral (ROSEN *et al.*, 1997). Ele foi validado em 70 idiomas e seu autor principal recebeu suporte científico da Pfizer (e, posteriormente de outros laboratórios fabricantes de medicamentos para DE), para desenvolver tal instrumento de diagnóstico. A versão reduzida, com 5 questões, foi depois amplamente utilizada na prática clínica (desde a urologia e por todas as outras especialidades médicas) e tornou-se a “avaliação ouro” do tratamento para DE. Dez anos mais tarde, surge nos discursos a apresentação de algoritmos de diagnóstico e de tratamento da DE.

No decorrer da evolução do medicamento no mercado, a urologia e os laboratórios se interconectaram pela ciência, para construir um “instrumento de normalização” e tornar o biopoder prescritivo do urologista e demais especialidades ainda mais expensor sobre a saúde do homem. Ressalta-se o seguinte comentário de Giami (2009, p. 645-646), sobre a construção do padrão da função sexual masculina, a partir do questionário IIFE:

Eles têm um grande cuidado ao afirmar que “o sildenafil supostamente restabelece a resposta erétil natural a uma estimulação sexual e não

---

<sup>113</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXII Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 1989.



gera ereções na ausência de tais estímulos.” (GOLDSTEIN *et al.*, 1998, p. 1.398).

O sildenafil se diferencia, assim, de outros tratamentos farmacológicos disponíveis (incluindo a papaverina), que provocam ereções sem qualquer estimulação sexual. Mas, o que é mais importante, dada a facilidade de uso do Viagra® (por via oral) e, para enfrentar as críticas que poderiam ser levantadas pelos meios de comunicação, afirmam com veemência que não se trata de um afrodisíaco (GIAMI, 2009, p. 645-646).

À medida que a urologia segue se empoderando, tendo em importante medida o suporte científico e financeiro patrocinado pelo capital da indústria farmacêutica, seus horizontes de ação, agora na esfera de políticas da saúde, também se ampliam e convergem para a crescente onda mundial de interesse sobre uma abordagem que tende à integralidade do homem.

Com o intuito de compreender um pouco mais a essência da interconexão entre saúde e homem, vale historicizar e discutir certos elementos, trazendo, inicialmente, alguns autores, tais como Martins e Malamut (2013), Schraiber, Gomes e Couto (2005) e Dantas (2017). Tais pesquisadores descrevem que os estudos pioneiros que entrelaçam homem e saúde vingaram a partir da década de 70, suportados por um padrão comportamental, biomédico e epidemiológico. Para Sabo (2000), a discussão gerada sobre a saúde do homem foi apenas superficial e focada na hipótese de que a deficiência de saúde seria produzida pela masculinidade tradicional ou hegemônica. Nos Estados Unidos, a década de 80 ampliou esse quadro, com as contribuições da teoria política e feminista, tendo como base discussões conceituais sobre masculinidades e gênero, que adentraram em esferas da sociologia médica e da epidemiologia. Os estudos tornam-se mais consolidados e nota-se uma alteração de terminologia: de estudos de homens para estudos de masculinidades (COUTERNAY, 2000). Já na década de 90, são incorporados às pesquisas de homens e saúde os princípios de desigualdade, poder e injustiça de gênero, cujo elo se expandiu para outras dimensões: orientação sexual, religião, etnia, cor/raça, geração, *status* econômico etc. Schraiber, Gomes e Couto (2005) afirma que houve uma ressignificação do masculino com o objetivo, de atingir a integralidade da saúde do homem.

No início do século XXI, a OMS pontua, em suas publicações, as particularidades da saúde masculina, assim como seu decréscimo ao longo das

diversas etapas da vida (WHO, 2001). Em 2004, foi criada uma sociedade internacional, com foco na saúde do homem e gênero (*International Society for Men's Health and Gender* – ISMH) e uma publicação voltada para temas específicos (*Journal of Men's Health and Gender*) (ISMH, 2004). Gradativamente, nota-se que o espaço da saúde masculina segue em crescimento, nas últimas décadas, em confluência com o aprofundamento das problematizações e confrontações entre masculinidades e gênero.

Em 2005, no Brasil, é lançado um número especial do periódico *Ciência & Saúde Coletiva*, cujo enfoque exclusivo é sobre a saúde do homem. Sua narrativa enfatiza a singularidade do homem e trata de identificar possíveis “ressignificações” do masculino, advindas de movimentos existentes na esfera do gênero, com o objetivo de desenvolver um cuidado específico de saúde para ele (GOMES; SCHRAIBER; COUTO, 2005).

Em vista dessa breve historização, cabe a pergunta: “mas o que é a saúde do homem?” Segundo White, Fawkner e Holmes (2006), ela pode ser conceituada como condição, objeto ou categoria que se relaciona com a qualidade de vida de homens e pode ser interpretada como um pré-requisito para que meninos, adolescentes, homens e velhos tenham condições de usufruir de saúde física, mental e social. Tais autores afirmam que a saúde do homem segue além das doenças relacionadas ao sistema reprodutivo-sexual e, portanto, não se reduzem à sua sexualidade. Nessa abordagem ampliada, o homem deixa de se apresentar como um ser genérico, para se transformar em um protagonista de um determinado gênero (GOMES, 2011). O corpo do homem ganha, pouco a pouco, maior *status* e importância na representação de um gênero.

Por outro lado, Gomes e Nascimento (2006) descrevem alguns elementos, baseados na literatura internacional, que devem ser levados em consideração quando se aborda a saúde do homem:

- a) homens apresentam doenças ou transtornos crônicos mais severos do que as mulheres, ou seja, sua mortalidade tende a ser mais alta;
- b) existe uma correlação entre a construção da masculinidade e o grau de perturbação da saúde do homem;

- c) a perspectiva de relação de gênero deve estar presente no olhar analítico sobre a construção da masculinidade e de suas repercussões sobre a saúde do homem;
- d) a presença de habilidades agressivas cultivadas pelos homens pode transformá-los em “fator de risco” para diversos tipos de violência (contra a mulher criança: abusos e paternidade ausente; contra outros homens: homicídios, acidentes; contra eles mesmo: suicídio, alcoolismo, doenças psicossomáticas);
- e) como o trabalho pode se constituir em atividade central na vida do homem, sua identidade como provedor pode ser comprometida devido ao desemprego, gerando maior prevalência de transtornos mentais e até o suicídio, em jovens, principalmente.

Em acréscimo, Schwarcz *et al.* (2012) citam a revisão de McKinlay, que sugere cinco hipóteses para explicar a diferença de morbimortalidade entre homens e mulheres: singularidades genético-biológicas; diversidades étnicas e sociais e desigualdades sociais; procura por e utilização de serviços de saúde; diferentes expectativas sociais e cuidados advindos de profissionais da saúde dirigidos para homens.

Figueiredo (2008), suportado pela literatura, afirma que a masculinidade hegemônica produz condutas e ações deletérias à saúde, as quais podem se transformar em gatilhos para o adoecimento do homem. Por exemplo, Courtenay (2000) identifica alguns comportamentos, tais como maior predisposição à agressividade, dificuldade de expressar o sofrimento e a dor ou de inibir certas necessidades da saúde, além de optar pelo negacionismo de fragilidades e limitações (estas, por sinal, associadas à feminilidade), e também se forçar a manter constantemente um controle emocional e físico. A negação aos cuidados da saúde, segundo o autor, se atrela à representação da prática feminina de autocuidado e tendem a ser rejeitados. Consequentemente, masculinidades podem ser construídas em contraposição aos benefícios positivos no cuidado da saúde.

Quando se retorna o olhar às fontes, a partir de 2007<sup>114</sup>, os discursos sobre a Saúde do Homem, começam a se tornar presentes tanto na plenária dos congressos como nos simpósios patrocinados por laboratórios (Pfizer, Lilly e Bayer), apesar de que, segundo Carrara, Russo e Faro (2009), a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), desde 2004, penetrara neste espaço da saúde masculina. As narrativas espelham os movimentos de articulação entre a SBU e o Ministério da Saúde, onde neste último foi criado no interior do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem, em 2008. E, não é por acaso que se encontra a seguinte narrativa no Congresso de 2008<sup>115</sup>: “Como implementar uma política de saúde do Homem em um país continental?”

De acordo com Martins e Malamut (2013), houve maior tendenciosidade à valorização da ciência urológica, alocando-se a saúde do homem em uma dimensão relacionada exclusivamente ao aparelho genital e reprodutivo, em um distanciamento das concepções de integralidade na promoção da saúde do homem. Entretanto, não se pode desvalorizar ou minimizar tal “estratégia focada”, pois, a partir dessa dimensão orgânica, a urologia iniciou seu percurso representativo pelo cuidado do corpo masculino, similarmente aos moldes dos ginecologistas, que o fizeram desde a década de 60 com o corpo feminino.

Segundo Carrara, Russo e Faro (2009), os “homens” são incorporados a outras populações que merecem maiores cuidados, tais como “idosos”, “mulheres”, “adolescentes e jovens”, “pessoas com deficiência”, dentre outros. A SBU tinha objetivos que iam desde a implantação das diretrizes dessa política até questões sobre os interesses corporativos sobre honorários no SUS e a “obrigatoriedade” de esses urologistas atuantes no SUS serem membros da SBU. Além disso, a SBU também se articula diretamente com outras sociedades médicas: a de cardiologia e a

---

<sup>114</sup> Fontes: SBU. Programação Científica do XXXI Congresso Brasileiro de Urologia, Salvador, 2007; SBU-SP. Programação Científica do X Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2008; SBU. Programação Científica do XXXII Congresso Brasileiro de Urologia, Goiânia, 2009; SBU-SP. Programação Científica do XI Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2010; SBU. Programação Científica do XXXIII Congresso Brasileiro de Urologia, Florianópolis, 2011; SBU-SP. Programação Científica do XII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2012; SBU. Programação Científica do XXXIV Congresso Brasileiro de Urologia, Natal, 2013; SBU-SP. Programação Científica do XIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2014; SBU. Programação Científica do XXXV Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 2015; SBU-SP. Programação Científica do XIV Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2016; SBU. Programação Científica do XXXVI Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 2017; SBU-SP. Programação Científica do XV Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2018.

<sup>115</sup> Fonte: SBU-SP. Programação Científica do X Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2008.

de psiquiatria. No documento de lançamento da PNAISH, em 2009, há citação dos diversos parceiros participantes: "Sociedades Médicas (Urologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Saúde da Família), profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASEMS e de entidades civis organizadas" (BRASIL, 2009, p. 17).

A política brasileira voltada à saúde do homem, com seu inerente biopoder, disseminado pelas diversas esferas nacionais – social, política, médica, cultural e até econômica – surge, então, em concordância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988.

O Ministério da Saúde, tendo como base as reivindicações do movimento de reforma sanitária, feita por diversos atores coletivos (sociedade civil, sociedades científicas, pesquisadores e agências internacionais de fomento à pesquisa (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013), no cenário da redemocratização do país, criou o documento da PNAISH, que inclui objetivos, diretrizes, princípios e responsabilidades institucionais, além do gerenciamento da execução da política. Em paralelo, a produção acadêmica nacional sobre o tema saúde do homem também se intensifica, a partir do final dos anos 90, em consonância com a literatura internacional (GOMES; NASCIMENTO, 2006; COUTO, 2005; FIGUEIREDO, 2008).

A construção do documento está suportada por dois constituintes: 1- mapeamento epidemiológico e questões relacionadas à morbimortalidade da população masculina, no intervalo entre 20 e 59 anos de idade (faixa etária que caracteriza a massa populacional quanto à produtividade de trabalho); 2- descrição da metodologia, com as etapas a serem realizadas, além dos sujeitos participantes (SCHWARZ *et al.*, 2012). Vale ressaltar que, do ponto de vista epidemiológico, houve destaque para o entendimento dos fatores contributivos na morbimortalidade de tal faixa etária, assim como os motivadores socioculturais que determinam a reduzida adesão dos homens aos serviços de saúde pública, além da presença de possíveis barreiras institucionais.

Por exemplo, em estudo feito por Pinheiro *et al.* (2002), em que avaliam a morbidade autorreferida pelos sujeitos, acesso e o uso de serviços de saúde no Brasil, enquanto os homens buscam mais serviços de saúde devido às doenças (36,3% *versus* 33,4% das mulheres), as mulheres procuram mais serviços para acompanhamento de rotina e prevenção, com exames e consultas (40,3% vs. 28,4%

dos homens). Outros estudos mostram que os homens percebem os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) – a porta de entrada para os serviços de saúde no país – como espaços para as populações idosa, feminina e infantil, sendo vislumbrados pelo público masculino como serviços feminilizados, com a consequente “sensação de não pertencimento” (FIGUEIREDO, 2008; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Como os homens buscam menos os serviços de saúde, e quando o fazem, encontram-se diante da necessidade de atendimentos médicos de média a alta complexidade; estes, por sua vez, demandam maior custo por parte do Sistema de Saúde (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Dando continuidade à criação da PNAISH, SBU e Ministério da Saúde se conectam, por meio de um acordo de cooperação técnica, cujos determinados objetivos deveriam ser alcançados: promoção da saúde do homem no sistema público de saúde, redução da mortalidade masculina, treinar médicos para diagnóstico de doenças urológicas, veiculação de campanhas voltadas para o público leigo, promover a prevenção de tais doenças e estimular, obviamente, a busca por serviços de saúde (os consultórios e clínicas dos urologistas) (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). Enfim, é a política do corpo do homem que se faz presente por meio da aparelhagem do Estado, articulada, principalmente, mas não exclusivamente, pela medicina e pelo capital farmacêutico, com a difusão da mídia.

Não foi por coincidência que a primeira campanha, em 2008, da PNAISH, se deu com o tema Disfunção Erétil (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). Aliás, os autores reconhecem que tal campanha pioneira pretendia alocar a disfunção erétil como problema de saúde pública e reduzir o exercício da sexualidade, exclusivamente por meio da medicina sexual e da sexologia. Os autores, também, pontuam que houve um mascaramento de outras dimensões da saúde do homem, como, por exemplo, a questão da violência e da saúde mental, devido à marcante influência da SBU na PNAISH.

Há que se considerar que a medicalização do corpo do homem, concebida nesse cenário da criação da PNAISH, já se mostra, de início, através de uma redução do corpo do homem. A saúde sexual é minimizada através da disfunção erétil e os saberes médicos, aqui representados pela urologia e a SBU, podem ser inferidos como “instrumentos” de biopoder, que representam, por um lado, interesses corporativos de classe e, por outro, interesses advindos do capital farmacêutico e,

finalmente, disseminados pela mídia (como será apresentado no próximo capítulo). Haraway (1995) e Müller e Birman (2016) descrevem que o surgimento de uma relação que vincula natureza, cultura e tecnologia ocorre a partir da possibilidade de medicalização da vida. Esta, por sua vez, é suportada pelo reconhecimento de especialidades médicas e pelo *lobby* farmacêutico, em que a ciência do homem emerge como um alvo de biopoder, com o uso da tecnologia, de práticas médicas e do aparelho estatal sobre a saúde sexual.

Neste ponto, inserem-se algumas reflexões sobre a urologia como especialidade médica que percorre o seu trajeto, desde a Era pré-Viagra®, com predomínio de práticas cirúrgicas, intra-hospitalares e no interior dos consultórios, mas distante dos territórios político, social e médico da saúde do homem. Torna-se visível que a especialidade, a partir de 1998, por meio de interconexões com redes de poderes (farmacêuticas, Estado, mídia, Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e outros grupos representativos da sociedade, tais como a sociedade civil organizada, os movimentos sociais e as organizações de outras especialidades médicas brasileiras) (MÜLLER; BIRMAN, 2016), é instada a seguir em direção a uma espécie de “apropriação do corpo do homem”, mediante um cenário mundial e nacional receptivo à saúde masculina. A urologia, gradativamente, cresce em exposição e legitimidade, por meio de sua principal representante, a SBU, que articula interesses políticos e econômicos com o Ministério da Saúde, por meio da criação da PNAISH. Por sinal, Müller e Birman (2016) confirmam Carrara, Russo e Faro (2009) sobre o papel essencial da discussão sobre impotência transformada em disfunção erétil, além da articulação da SBU na estruturação da pioneira política de atenção à saúde do homem. Em complementação, os discursos exemplificados nesta pesquisa reforçam, obviamente, que a medicalização é um dispositivo impulsor do empoderamento da especialidade médica.

Em acréscimo, de acordo com Fabíola Rohden (2012), a medicalização da sexualidade masculina é o vetor que focaliza na disfunção erétil a concepção de uma inovadora farmacologia do sexo, que se transforma em estratégia para atrair homens aos serviços de saúde. E de qual profissional será exigido presença ativa, exclusiva e constante? Do urologista, assim como o foi em relação ao ginecologista quanto ao corpo da mulher, décadas antes. Importante lembrar que a urologia não é uma especialidade voltada exclusivamente para os homens; entretanto, nesse contexto de

dimensões de poder sobre a saúde do homem, a SBU agiganta-se como seu maior articulador.

Vale lembrar que os discursos nos congressos entre os anos de 2007 e 2010<sup>116</sup> se tornam presentes em um número significativo de palestras na plenária e em simpósios patrocinados por laboratórios, ou seja, disfunção erétil, DAEM e saúde do homem, além de um título icônico: "Urologista, o médico do homem". Todos esses discursos se alternavam, através da própria sociedade e os laboratórios fabricantes de produtos para tais patologias. Müller e Birman (2016) também destacam que os discursos sobre a DAEM (Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino) são a "novidade" na criação da PNAISH, pois os homens se transformam em focos de atenção dos investimentos médico, farmacêutico e estatal, com priorização da junção entre sexualidade, saúde, juventude e hormônios.

Enfim, o aparecimento da PNAISH pode ser descrito como um exemplo de confluência dos biopoderes entre as três principais dimensões aqui apresentadas: medicina, indústria farmacêutica e Estado, os quais focalizaram suas ações coordenadas e atravessadas pela sexualidade masculina tanto sobre a anátomo-política do corpo, como sobre o corpo-espécie do homem, segundo os pensamentos de Foucault (2018a).

Somente para ilustrar, segue um trecho de narrativa contida na PNAISH (2009):

Os atores que construíram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem reafirmam a importância de alguns eixos metodológicos, conceituais e práticos que consideram fundamentais para orientar a formulação de estratégias e ações:

- A mudança do foco programático, saindo do restrito campo da "adesão a programas assistenciais de saúde" para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção, a prevenção, a proteção da saúde e a qualidade de vida, bem como a educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas;
- Este documento abre espaço para uma articulação com outras ações governamentais e da sociedade organizada, especialmente aqueles que atuam em locais coletivos de sociabilidade ocupados por homens,

<sup>116</sup> Fontes: SBU. Programação Científica do XXXI Congresso Brasileiro de Urologia, Salvador, 2007; SBU-SP. Programação Científica do X Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2008; SBU. Programação Científica do XXXII Congresso Brasileiro de Urologia, Goiânia, 2009; SBU-SP. Programação Científica do XI Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2010.



tais como: empresas, sindicatos, campos de futebol, estações rodoviárias, metrô, quartéis, escolas, entre outros; e

- Finalmente, está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica - porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas (BRASIL, 2009, p. 19).

Em 2010<sup>117</sup>, como reforço a essa política na saúde do homem, um discurso é levado à plenária: “Por que o homem não se cuida?”, além de narrativas continuarem a pontuar a DE e a DAEM. Neste ano, acontece o último simpósio patrocinado pela Pfizer nos congressos sobre DE e Viagra®, visto que a patente do produto expirara e, desde então, laboratórios farmacêuticos puderam produzir o medicamento e apresentá-lo como produto genérico. O laboratório criador de Viagra®, de certa forma, se retira do cenário patrocinador da disfunção erétil.

Em resumo, é importante ressaltar que as narrativas entre o que é apresentado nos simpósios dos laboratórios, nas plenárias e nos cursos dos congressos, se entrelaçam e se mesclam e, muitas vezes, se perde a fronteira de onde está a narrativa que recebeu mais ou menos influência direta ou indireta do biopoder da indústria farmacêutica.

Por exemplo, o discurso normalizador da PNAISH trata de resolver a questão de inserir o homem na medicina preventiva integral, por meio da conjunção de várias esferas nacionais, com destaque para a medicina (o saber) atrelada ao *lobby* farmacêutico (o capital) e o Estado (o poder regulamentador). Em vista disso, depreende-se que a resistência cultural masculina à busca do autocuidado pode ser “rompida” pela estratégia de utilizar a medicalização da sexualidade masculina como atrativo. Neste sentido, se, por um lado, constata-se a minimização da saúde do homem à função erétil, mascarando a integralidade da medicina preventiva; por outro, há um nítido benefício de despertar na população masculina a percepção e a necessidade de autocuidado do corpo, mesmo que seja executado por meio do reforço da melhoria e manutenção da virilidade, ou seja, pelo desempenho sexual.

---

<sup>117</sup> Fonte: SBU-SP. Programação Científica do XI Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2010.

Ou seja, não se pode negar que o corpo masculino é demandado à sua medicalização por meio da sexualidade, com a consequente aquisição de prerrogativas econômicas e políticas. Deste modo, o corpo do homem fora “lançado” no espaço público, exposto, analisado, pesquisado e, finalmente, convidado, sob os signos da obrigatoriedade e da vigilância, ao autocuidado de sua saúde pelas diversas esferas aqui discutidas.

Há que se pensar que esses percursos discursivos na medicalização da medicina foram absolutamente atravessados ou se encontram em “harmonia” com o aparelho da indústria farmacêutica (e seu *marketing* para a classe médica, via representantes de vendas e para o público leigo, via mídia), em conjunção com o das Sociedades Médicas na divulgação dos produtos. Desta forma, não são discursos científicos puros, mas depurados e moldados por diferentes poderes e forças.

É possível que se possa falar de discursos que se afinam, coincidem e até cooperam? Ou será um único discurso em mãos de diferentes enunciadore, quer dizer, um discurso com várias nuances? Nuances que talvez se modifiquem, dependendo da “aceitação” do mercado e da capacidade de o *marketing* influenciar as mudanças na anuência de uma virilidade que aceita e se molda com “ajudas/influências” advindas de uma ciência, em parte construída sob o patrocínio de corporações que visam ao lucro, mas que tem como produto o cuidado da saúde.

### **3.2    Viagra® conecta a urologia com a sexualidade masculina e feminina**

“Viagra: uma pílula não apenas para reparar, mas também para aprimorar ou melhorar, o funcionamento erétil e a masculinidade” (VARES; BRAUN, 2006, p. 329). A partir de tal ideia, discutida pelas pesquisadoras neozelandesas Tiina Vares e Virginia Braun, em artigo publicado em 2006, torna-se fundamental aprofundar e problematizar os discursos presentes nos programas dos congressos de urologia. Ou melhor, emerge um fio condutor entre o sexo, sexualidade, virilidade e masculinidade, desde os títulos das palestras proferidas, simpósios patrocinados por laboratórios, temas livres com trabalhos apresentados, anúncios publicados e alguns conteúdos

promocionais (ajuda visual<sup>118</sup> e anúncios<sup>119</sup>) de medicamentos para disfunção erétil: todos elaborados exclusivamente para a classe médica, com foco nos urologistas. Assim, através da medicalização (e farmacologização) da sexualidade masculina, atravessa, obrigatoriamente, a imagem do corpo do homem e da mulher, a ciência e o *marketing* farmacêutico que confluem, em diferentes graus, para uma possível reconfiguração da masculinidade. O cenário, conforme já assinalado nos capítulos anteriores, encontra a crise da masculinidade como palco, sendo que seu afloramento ocorreu desde o surgimento de outra pílula: o anticoncepcional, na década de 60 (BADINTER, 1993), conforme já discutido.

Considerando-se, inicialmente, o lançamento de Viagra® como ponto de inflexão para uma “reformatação” na abordagem da sexualidade masculina, a partir do recorte temporal desta pesquisa, nota-se, a partir de 1989<sup>120</sup>, de forma ainda muito incipiente nos discursos dos congressos, a presença de temas sobre sexualidade. Aliás, esta terminologia ainda se encontra, de forma literal, ausente nos discursos. Porém, a construção da sexualidade masculina no meio urológico já estava a caminho, como pode ser detectado em alguns títulos de palestras e temas livres: “Vantagens da sexologia no tratamento da impotência psicogênica”; “Disfunção sexual – uma rotina propedêutica”; “Importância sexual no diabético: investigação de um fator neurológico”; “Atividade sexual em homens acima dos 30 anos de idade”.

Todavia, infere-se que o entendimento e discussão de uma sexualidade ampla, que envolva todo o corpo masculino interligado ao corpo feminino e, talvez, inserido em um contexto histórico-sócio-cultural ainda permanece distante. Percebe-se que a urologia, na era pré Viagra®, ainda mantém o sexo atrelado a uma representatividade biológica nos discursos organicistas da disfunção erétil. Paulatinamente, os discursos iniciam um percurso desde o sexo como uma experiência reduzida ao orgânico, em direção a uma experiência comportamental e cultural. Quando se traça um paralelismo

---

<sup>118</sup> Ajuda visual: materiais promocionais de cunho científico, elaborados por laboratórios farmacêuticos e direcionados exclusivamente à classe médica, quando das visitas promocionais feitas pelos representantes farmacêuticos. Tais documentos formam parte do acervo da Agência Zero 11, São Paulo.

<sup>119</sup> Anúncios de medicamentos de cunho científico, elaborados por laboratórios farmacêuticos e direcionados exclusivamente à classe médica. Tais anúncios estão publicados nos programas dos Congressos de Urologia organizados pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e pela SBU Seccional São Paulo, entre os anos de 1998 e 2018. Os programas de ambos os congressos fazem parte do acervo da SBU Rio de Janeiro e da SBU São Paulo, respectivamente.

<sup>120</sup> Fontes: SBU. Programação Científica do XXII Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 1989; SBU. Programação Científica do XXIII Congresso Brasileiro de Urologia, Recife, 1991; SBU. Programação Científica do XXVI Congresso Brasileiro de Urologia, Blumenau, 1997.

com Foucault (2018a), que elabora e problematiza o dispositivo da sexualidade como objeto de estudo da medicina, psiquiatria e direito, sugere-se que a urologia segue em um processo de apropriação dos conceitos e aplicabilidade clínica da sexualidade (e da sexologia) (FOUCAULT, 2018a).

Constata-se que há raros exemplos de discursos urológicos que ousam tocar na sexualidade, com a inserção do próprio termo: somente um Tema Livre<sup>121</sup> apresentado no congresso de 1991<sup>122</sup>, com o título “Velejando na sexualidade”.

Percebe-se que a urologia se encontra ainda acoplada ao sexo eretocêntrico: a função erétil reduz o sexo a um mecanismo hidráulico peniano de enchimento e esvaziamento sanguíneos, cuja terapêutica cirúrgica intervencionista urológica, com próteses e substâncias vasodilatadoras, trata de restaurar a ereção em um plano estritamente técnico. Entretanto, vale citar que, um ano antes do lançamento de Viagra®, dois trabalhos apresentados no congresso de 1997<sup>123</sup> incluem em seus discursos a preocupação em começar a entender como se encontra a “vida sexual”/“esfera sexual” do homem-paciente: “Auto injeção intracavernosa na impotência e qualidade de vida”, cuja conclusão descreve “alto índice de sucesso promove melhora importante na esfera sexual como na qualidade de vida” e “Avaliação do nível de qualidade de vida familiar e sexual após o uso de auto injeção”, cuja conclusão cita “a auto injeção melhora consideravelmente a vida sexual dos pacientes, o que contribui para melhora da qualidade de vida familiar”.

Nesses discursos, sexo e sexualidade transpassam em uma relação direta com a produção da qualidade de vida, mas focados exclusivamente na dimensão masculina. Vale citar o que Foucault (2018a) tem a nos dizer sobre a relação sexo e sexualidade:

O sexo é, ao contrário, o elemento mais especulativo, mais ideal e igualmente mais interior, num dispositivo de sexualidade que o poder organiza em suas captações dos corpos, de sua materialidade, de suas forças, suas energias, suas sensações, seus prazeres (FOUCAULT, 2018a, p. 169).

---

<sup>121</sup> Trabalhos publicados nos anais do congresso e selecionados pela coordenação científica do evento para serem apresentados ao público participante.

<sup>122</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXIII Congresso Brasileiro de Urologia, Recife, 1991.

<sup>123</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXVI Congresso Brasileiro de Urologia, Blumenau, 1997.

Evidencia-se que os discursos começam, timidamente, a interligar a vida sexual com a qualidade de vida, e a sexualidade masculina emerge. Deve-se lembrar que uma instituição internacional demarcadora de regulamentações, a OMS, desde 1974, lança o conceito de “saúde sexual” e a promove como um direito universal (OMS, 2006).

Ainda no congresso de 1997<sup>124</sup>, o trabalho “Atividade sexual em homens acima dos 30 anos de idade”, cuja conclusão destaca “A incidência de impotência ou inatividade sexual acima de um ano aumenta progressivamente com a idade especialmente acima dos 60 anos”, lança um discurso em que se denota a patologização da impotência. Isto é, o envelhecimento deixa de ser a fase final da vida, que inclui naturalmente “doenças próprias da idade”, para tornar-se um espaço etário extensível de patologias que podem ser tratadas. Para tal construção, a ciência necessita de dados epidemiológicos (incidência/prevalência), para apreender esse sujeito idoso e constatar que a impotência, descrita como “inatividade sexual”, torna-se presente de forma significativa com o envelhecimento do corpo masculino. Entretanto, o homem, a partir de 30 anos de idade, pode ser incluído no grupo de impotentes. O urologista deve começar a diagnosticar e a procurar entender a sexualidade masculina desde o adulto jovem até o idoso. Pergunta-se: “Será que está embutido um discurso que apresenta o fracasso do vigor sexual como atributo do envelhecimento masculino? Ser velho carrega a impotência como condição *sine qua non*? E, neste momento de transição, como a indústria farmacêutica dialoga com a imagem do homem idoso e sua sexualidade?” Estas questões serão problematizadas adiante, em especial por meio dos anúncios promocionais de Viagra®, a partir de 1998.

A chegada icônica, no universo médico, do primeiro produto por via oral para o tratamento da disfunção erétil, teve como um dos primeiros alvos, de forma óbvia, o urologista. Tanto os congressos com suas narrativas e anúncios do produto, como alguns materiais publicitários disponibilizados e apresentados aos médicos, todos foram instrumentos informativos e educativos habilmente utilizados pela indústria farmacêutica para iniciar e sedimentar a construção científica, social e cultural de Viagra®. Utilizando o entendimento de micropoderes de Foucault (2018a; 1999), a partir dos discursos produzidos em tais fontes, pode-se buscar uma compreensão do diálogo contínuo entre as instituições geradoras de ciência e *marketing* sobre os

---

<sup>124</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXVI Congresso Brasileiro de Urologia, Blumenau, 1997.

corpos e o gênero. No entanto, cabe uma questão: “Tal dinâmica de duplas vias entre esses quatro elementos se apresenta à medida em que médicos e consumidores (pacientes), por um lado começam a entender como funciona o medicamento e, por outro, se tornam simultaneamente receptores e agentes difusores de uma “reformatação” da masculinidade e até de reafirmação de uma virilidade eretocêntrica?”

Antes de se chegar a possíveis respostas, vale inserir novamente algumas considerações de Courtine (2013) sobre masculinidade e virilidade: No século XIX e no início do século XX, não há exortação para os homens serem “masculinos”, mas “viris”. A tão afamada “crise da masculinidade” trouxe o que o autor chama de “paradoxo da virilidade” na época contemporânea; frente a uma representação suportada pela força, domínio e autoridade, a virilidade se transformou para ser percebida como frágil, vulnerável, instável e objetada. A virilidade se transmutou de um modelo baseado na natureza corporal, constituída pela força física e potência sexual e pela moral, estabelecida pelo autodomínio e coragem, para um modelo masculino de indefensibilidade do corpo, devido ao fracasso sexual possível frente a uma busca obrigatória em dar e receber prazer sexual a uma mulher independente e liberada sexual, econômica e profissionalmente, em um cenário heterossexual, nos fins dos anos 60.

Deve-se pontuar que o território da impotência sexual, a partir do início do século XX, com o surgimento da psicanálise e depois da sexologia, se ampliou para além da falha mecânica e acrescentou o fracasso psicológico. Em acréscimo, a emancipação das mulheres e sua inserção no mercado de trabalho no pós-2ª. Guerra Mundial, além do advento da pílula anticoncepcional e a consequente liberalização dos costumes produziram efeitos paradoxais, também: houve uma corrida masculina para satisfazer as mulheres desejosas de ter direito ao orgasmo; a pornografia irradiada expandiu a obsessão erétil e, simultaneamente, as terapêuticas invasivas (próteses e injeções penianas) iniciaram a construção de uma cultura da impotência (COURTINE, 2013).

Quando se contextualiza os discursos médicos, inseridos no tradicional roteiro eretocêntrico do mundo patriarcal ocidental do final do século XX, pontua-se que a urologia trazia no seu rastro um dos marcos importantes no entendimento da disfunção erétil: a injeção de uma droga que produzia ereção, demonstrada, em 1983,

no maior congresso de urologia do mundo (*American Urological Association*, AUA). A empolgação da ciência pela sua capacidade de separar a ereção do corpo do homem iniciou uma nova era na compreensão da resposta sexual, preparatória para o surgimento de Viagra®. Pode-se afirmar que este seria um “marco para a medicalização da impotência”, em que a *performance* do corpo masculino se reduz à ereção e esta se transforma em uma função fisiológica completamente desvinculada da função psicológica e do desejo (FARO *et al.*, 2010).

Entretanto, como se discute a seguir, entende-se que os urologistas começaram a apreender, em um âmbito mais clínico e, especialmente, na era pós Viagra®, que não podiam separar o homem do pênis, a sexualidade do homem da sexualidade da mulher e, posteriormente, o desempenho sexual/prazer da idade do homem.

Por conseguinte, se o homem se constrói/expressa/representa/identifica nos mais diversos âmbitos por meio de sua masculinidade, e se esta inclui o lugar da virilidade, infere-se que ambas se encontram intimamente ligadas ao funcionamento erétil. Vale destacar que Meika Loe (2001) cita diversos autores<sup>125</sup>, que, com seus estudos sobre corpos sexuais masculinos, sugerem que a sexualidade é uma espécie de “campo de testes” para a masculinidade. Mesmo no limite da redução da sexualidade masculina à função erétil, esta perpassa pela masculinidade e, finalmente, se acopla à virilidade. Logo, para o homem, gênero, sexualidade e virilidade podem ser domínios difíceis de separar, porém, a masculinidade necessita da sexualidade e vice-versa (LOE, 2001).

Nos primeiros anos desde o lançamento de Viagra®, pode-se observar que os discursos contidos no Congresso e nos Consensos (1998 a 2002<sup>126</sup>) sobre disfunção erétil seguem em conformidade com as narrativas dos materiais promocionais, elaborados pelo *marketing* farmacêutico para urologistas, abaixo visualizados. No ano de 1998<sup>127</sup>, os discursos seguem enfatizando as seguintes palavras/expressões-

<sup>125</sup> Os seguintes autores estão citados no artigo de Loe (2001): Bordo (1999); Connell (1995); Fasteau (1975); Fracher e Kimmel (1995); Kimmel (1996) e Potts (2000).

<sup>126</sup> Fontes: Sociedade Brasileira de Urologia. I Consenso Brasileiro de disfunção erétil. BG Editora: São Paulo, 1998; Programação Científica do XXVII Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 1999; Sociedade Latino-americana para o Estudo da Impotência e Sexualidade (ISSIR). I Consenso Latino-americano de Disfunção Erétil. Editora BG Cultural: São Paulo, 2002.

<sup>127</sup> Fonte: SBU (Sociedade Brasileira de Urologia). I Consenso Brasileiro de disfunção erétil. São Paulo: BG Editora, 1998.

chave: “saúde sexual”, “bem-estar”, melhora das ereções”, “restaura naturalmente a função erétil”, “eficácia em paciente maior de 65 anos”, “satisfação dos casais”, “saúde sexual é parte da qualidade de vida”, “satisfação sexual”, “Viagra recupera a qualidade de vida”, “Viagra: qualidade à saúde do homem” e “homens jovens precisam de tratamento”.

Os consensos começam a incluir em suas narrativas sobre o diagnóstico do homem com disfunção erétil o seguinte discurso, quando da avaliação do paciente que chega ao consultório<sup>128</sup>: “[...] criar um ambiente de confiança confortável para o paciente, uma vez que falar de disfunções sexuais é um tema difícil e, em muitas ocasiões, vale a pena estimular o paciente com perguntas diretas: que tal a vida sexual? Você está satisfeito com sua atividade sexual? Esta postura proativa permitirá identificar o distúrbio sexual mesmo que esse não seja a causa primária da consulta”. Ademais, os discursos enfatizam que, na história clínica, o “aspecto psicossocial” é fundamental: “impacto da DE no paciente e na sua parceira, mudanças no estado social, satisfação no emprego, alterações da autoestima e maneira de enfrentar o envelhecimento”<sup>129</sup>. Por conseguinte, o urologista era requerido a se preparar tecnicamente para ouvir, entender, avaliar, diagnosticar e fidelizar este paciente, que chegava em busca da resolução “definitiva” de sua impotência, por sua vez, estimulado, em grande parte, pelo poder das mídias.

Nota-se que, nos primeiros anos do produto no mercado, a mulher no contexto da sexualidade, com exclusiva ênfase no relacionamento heterossexual, começa a aparecer nos discursos dos urologistas (“Disfunção sexual feminina”, no I Consenso Latino-americano de 2002<sup>130</sup>) e nos materiais promocionais farmacêuticos destinados a eles. A vontade de saber sobre o sexo – via ciência, mas também sustentada pelo *marketing* farmacêutico – ultrapassa a sexualidade masculina e vai buscar na feminina seu melhor aliado para, por um lado, reafirmar o sucesso do medicamento e, por outro, transformar a parceira do homem impotente em “agente propulsor” deste para o consultório do urologista. Conforme citado no subitem anterior deste capítulo, talvez pode-se considerar que a sexualidade da mulher brasileira em sua relação com o

<sup>128</sup> Fonte: SLAIS (Sociedade Latino-americana para o Estudo da Impotência e Sexualidade). I Consenso Latino-americano de Disfunção Erétil. São Paulo: BG Editora, 2002, p. 17.

<sup>129</sup> Fonte: SLAIS (Sociedade Latino-americana para o Estudo da Impotência e Sexualidade). I Consenso Latino-americano de Disfunção Erétil. São Paulo: BG Editora, 2002, p. 19.

<sup>130</sup> Fonte: SLAIS (Sociedade Latino-americana para o Estudo da Impotência e Sexualidade). I Consenso Latino-americano de Disfunção Erétil. São Paulo: BG Editora, 2002.



corpo do homem com disfunção erétil/impotência começa a ser inserida como “saber científico”, com a publicação dos dados em artigos, a partir de 2001 e no livro “*A Descoberta Sexual do Brasil*”<sup>131</sup>.

Aliás, esta última obra citada foi o resultado da coleta de dados epidemiológicos do “Estudo Vida Sexual do Brasileiro”. O principal objetivo científico e do *marketing* farmacêutico (com patrocínio exclusivo da Pfizer) foi levantar informações sobre a sexualidade (incluída a disfunção erétil, obviamente) de uma amostragem da população brasileira de homens e mulheres adultos de diversas faixas etárias. Tais dados foram extensivamente divulgados para a classe médica (via palestras, cursos, materiais impressos), pela coordenadora da pesquisa, a psiquiatra e sexóloga, Profa. Carmita Abdo, como é possível, por exemplo, observar pelas narrativas no Congresso de 2004<sup>132</sup>: “Estudo da vida sexual do brasileiro” e “Disfunção Sexual feminina x DE: onde está a intersecção?”.

Para vislumbrar com mais detalhes os discursos sobre a sexualidade, a mulher e o casal, seguem citações de discursos e sua ocorrência nos respectivos eventos: (Congresso de 2005<sup>133</sup>): “Disfunções sexuais: o erotismo e a arte”; “Aspectos psicológicos da sexualidade masculina no paciente obeso”; (Congresso 2007<sup>134</sup>): “Atração sexual”; (Congresso de 2010<sup>135</sup>): “Como investigar a diminuição da libido?”; (Congresso de 2011<sup>136</sup>): “Conferência magna: O futuro da uroginecologia”; “Urologia feminina no consultório”; “Otimização do atendimento de queixas sexuais no consultório urológico”; “Respostas objetivas às queixas sexuais no consultório”; “Tratamento da sexualidade baseado em evidências”; “Sexualidade em estudantes de medicina”; (Congresso de 2013<sup>137</sup>): “Módulo sexualidade masculina – anorgasmia e desejo sexual”; (Congresso de 2014<sup>138</sup>): “O impacto do câncer de próstata sobre a sexualidade do homem e de sua parceira”; “Câncer e vida sexual masculina e feminina”; (Congresso de 2015<sup>139</sup>): “Disfunção sexual feminina e distúrbios de

<sup>131</sup> Fonte: ABDO, Carmita. **A descoberta sexual do Brasil**. São Paulo: Summus, 2004.

<sup>132</sup> Fonte: SBU-SP. Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2004.

<sup>133</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXX Congresso Brasileiro de Urologia, Brasília, 2005.

<sup>134</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXXI Congresso Brasileiro de Urologia, Salvador, 2007.

<sup>135</sup> Fonte: SBU-SP. Programação Científica do XI Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2010.

<sup>136</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXXIII Congresso Brasileiro de Urologia, Florianópolis, 2011.

<sup>137</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXXIV Congresso Brasileiro de Urologia, Natal, 2013.

<sup>138</sup> Fonte: SBU-SP. Programação Científica do XIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2014.

<sup>139</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXXV Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 2015.

ejaculação no homem: causa e efeito”; (Congresso 2017<sup>140</sup>): “Sexualidade do cadeirante”; (Congresso de 2018<sup>141</sup>): “Medicina transsexual”.

Em vista dessa breve descrição cronológica de discursos nos congressos, deve-se atentar para uma ausência: o I Consenso de Disfunção Erétil, realizado no ano do lançamento de Viagra®, não contém qualquer menção à parceira, mulher ou sexualidade feminina. Nesse momento inicial do impacto da chegada do medicamento, o foco centrava-se no corpo-máquina: homem sozinho com sua função erétil. Entretanto, a inteligência mercadológica e científica do laboratório detectou que seria imprescindível, para ampliar a medicalização do “homem impotente” pelo urologista, incluir a mulher/parceira no “roteiro da disfunção erétil”. Para tanto, delineou-se uma pesquisa epidemiológica sobre sexualidade, com a legitimidade da ciência, através do aval de uma psiquiatra e sexóloga líder de opinião nacional e internacional. As publicações, tanto por artigos, livros científicos, ajudas visuais aos médicos, como pela mídia, irradiaram a “vontade de saber” sobre sexo e sexualidade. E o corpo da mulher pode, finalmente, ser inserido ao lado do corpo masculino, no exercício da sexualidade legitimado pelo saber médico.

Sob inspiração de Foucault (2018a), a normalização advinda dos saberes do estudo nacional delimitou o que podia ser funcional do disfuncional e, assim, a patologização de “novos diagnósticos” podia ser feita, sempre validada pela medicina. Infere-se que os discursos sobre a sexualidade da mulher ressurgem, nesse contexto da era Viagra®, acoplados exclusivamente à disfunção erétil. Nos anos seguintes dos congressos, notam-se discursos sobre a sexualidade; entretanto, somente umas poucas narrativas incluem o casal, e algumas outras, a sexualidade da mulher ligada às doenças do parceiro.

Percebe-se que, se na era pré Viagra®, a sexualidade masculina centrava-se quase que exclusivamente na obtenção da ereção, por meio de implantes ou substâncias injetadas, em um homem solitário, à beira do fracasso e sem parceira ao seu lado, o cenário muda de forma decisiva: Viagra® agora traz para a ereção o corpo do homem e o de sua parceira. Infere-se que sem a presença da mulher, a *performance* se esvazia de sentido e significado. O prazer vinculado ao desejo deve ser atrelado ao casal, como é apresentado a partir da discussão das fontes de

<sup>140</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXXVI Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 2017.

<sup>141</sup> Fonte: SBU-SP. Programação Científica do XV Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2018.

anúncios abaixo. Por sinal, lembrando ideias de Foucault (2018a), o biopoder em uma transformação desde sua definição pode ser representado aqui pelos discursos sobre a estimulação dos prazeres, o enaltecimento do desejo, que Viagra® tanto se apoderou para construir a “explosão discursiva sobre sexo”.

Pode-se conjecturar que a urologia, como especialidade médica, impulsionada pela força mercadológica de um produto pioneiro em seu formato e eficácia para a impotência e, também, pelos respectivos discursos científicos, teve que criar diálogos, articulações e saberes para além da área cirúrgica. Seu universo se expandiu para a clínica, por meio de outras especialidades e, especialmente, seus discursos se ligaram com os da psiquiatria e da sexologia. Estas especialidades aportaram mais do que a sexualidade masculina, ou seja, incluíram a parceira, a mulher em um contexto heteronormativo. Era preciso, inicialmente, por meio da geração de “saberes epidemiológicos”, entender o paciente masculino e, principalmente, romper o tabu sobre a “fala aberta e médica” sobre sexo. Por sinal, o gênero preponderante e quase exclusivo do urologista é o masculino. E, para tornar presente a intimidade sexual do homem no questionário e história clínica do paciente dentro do consultório, era necessário munir o urologista de discursos, saberes, dados e práticas de abordagem.

Os discursos urológicos começam a se expandir do orgânico eretocêntrico para a saúde, satisfação e qualidade de vida sexuais, mas não deixam de embutir a “melhora das ereções” nesse estímulo inicial para o autocuidado do homem. Quando se incluiu Foucault (2018a) a esta perspectiva, o conceito de biopoder pode significar que na sociedade contemporânea os indivíduos se envolvem de bom grado em inúmeras práticas de autovigilância, instigados pela busca de uma *performance* sexual ideal. Seria esperado que o médico urologista, produtor científico e receptor destes discursos científicos e farmacêuticos se tornasse um ator fundamental da interconexão entre sexualidade masculina e feminina. No entanto, a incursão da urologia sobre a sexualidade feminina permanece superficial e discreta, apenas o suficiente para abordar a sexualidade masculina. Portanto, expandir o entendimento clínico da vida sexual do paciente que chega ao consultório com ou sem queixa de dificuldade sexual torna-se premente para o urologista iniciar e manter a medicalização do corpo masculino.

Esse movimento com discursos vendedores de um produto que gera benefícios sobre uma sexualidade conectada à saúde do homem não se produz somente em

direção ao homem maduro, mas também ao homem jovem, que é solicitado a adentrar no território do autocuidado. Vale uma reflexão: o homem jovem, para manejar e até minimizar suas inseguranças e ansiedades por *performances* sexuais ideais no início de sua vida sexual, utiliza de seu imaginário cultural (“medicamento afrodisíaco”) e do biopoder da mídia<sup>142</sup> para transformar Viagra® em uma “droga recreativa”<sup>143</sup>, sob a anuência silenciosa do laboratório. Obviamente que a urologia e outras especialidades médicas se mantêm estritas à ética médica da orientação médica seguida de prescrição, ou seja, à medicalização.

Por outro lado, os especialistas veem escapar uma porcentagem significativa da população masculina em direção à utilização do medicamento como uma “droga de estilo de vida e/ou recreacional”; ou seja, instala-se, aqui, nitidamente, a farmacologização. Conforme afirmam Clarke *et al.* (2003), novos medicamentos têm aberto novas possibilidades biológicas para a “medicalização”<sup>144</sup> de aspectos da diversidade humana previamente considerados naturais e normais. Por conseguinte, a sexualidade do homem jovem e do velho transmuta-se em substrato perfeito para o crescimento e sedimentação de uma “nova categoria terapêutica”, como Viagra® o fez. Em acréscimo, Bell e Figert (2012) e Wentzell (2017) comentam que o uso do *marketing* e de “drogas de estilo de vida”, ou seja, produtos farmacêuticos que prometem normalizar aspectos recentemente medicalizados da vida, contribuem para uma “farmacologização da vida diária”, na qual as pessoas, especialmente em nações com poder aquisitivo, têm a expectativa de se “tornarem normais”.

Quando se atém às narrativas imagéticas (Ajudas Visuais e Anúncio de Viagra®, 1998 a 2000<sup>145</sup>, figuras 26, 27, 28 e 29) que, por sua vez, dialogam com as

<sup>142</sup> Conforme discutido no capítulo 2 e apresentado no próximo capítulo.

<sup>143</sup> Alguns estudos têm mostrado que adultos jovens costumam usar medicamentos para a disfunção erétil, tais como Viagra®, para fins recreativos, associados ao álcool, drogas ilícitas, múltiplos parceiros sexuais, sexo desprotegido e sexo com outros homens (SMITH, K. M.; ROMANELLI, F. Recreational use and misuse of phosphodiesterase-5 inhibitors. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, Washington, D.C. v. 45, n. 1, p. 63-72, 2005; Mc CAMBRIDGE, J. *et al.* The rise of Viagra among British illicit drug users: 5-years survey data. *Drug and Alcohol Review*, Abingdon, v. 25, n. 2, p. 111-113, 2006).

<sup>144</sup> Os autores citados utilizam originalmente o termo “medicalização”; entretanto, a autora interpreta que o termo mais adequado, nesse âmbito da utilização de Viagra® como “droga de estilo de vida e/ou recreacional”, é “farmacologização”.

<sup>145</sup> Fontes: Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra. Disfunção erétil: questões e verdade, 1998; Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra. Quando você procura saber se o seu paciente está bem. Pergunte também sobre sua satisfação sexual, 2000. Ambos elaborados pela agência publicitária, sob a contratação do Laboratório Pfizer. Tais materiais promocionais faziam parte da estratégia de abordagem dos representantes do laboratório sobre os médicos urologistas e de outras especialidades, com o objetivo de fornecer informações científicas

textuais, o casal heterossexual, com homens e mulheres brancas, com mais de quarenta anos, em cenas com sorrisos, cujos corpos são mostrados no limite dos rostos e sem trocas de carinhos mais íntimos, enfatizam o discurso de que foi deixado para trás o homem solitário, frígido e “deprimido” com sua impotência, para ser substituído pelo homem que compartilha com a parceira o bem-estar e satisfação de ver seu “problema sexual” resolvido com eficácia pela “pílula azul”. Nota-se, também, que o discurso imagético se centraliza no estereótipo da classe média com poder aquisitivo para adquirir a nova medicação de alto custo<sup>146</sup>.

Destaca-se que na ajuda visual de 1998<sup>147</sup>, era fundamental oferecer ao urologista conhecimento científico sobre a disfunção erétil e o tratamento com Viagra®. Aliás, um dos pontos basilares passava pelo uso seguro do medicamento, ou seja, discursos médicos mostravam as verdades sobre a baixíssima frequência de complicações cardiológicas (infarto, acidente vascular cerebral (derrame) etc.)<sup>148</sup>.

---

sobre a disfunção erétil e Viagra®. O Anúncio Viagra, 1998, publicado na fonte: SBU (Sociedade Brasileira de Urologia). I Consenso Brasileiro de disfunção erétil. BG Editora: São Paulo, 1998.

<sup>146</sup> De acordo com a matéria: “Revolução do Viagra completa 20 anos com mais de 65 milhões de prescrições”, publicada no site G1.Globo, Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/revolucao-do-viagra-completa-20-anos-com-mais-de-65-milhoes-de-prescricoes.ghtml>. Acesso em: 25 ago. 2020, Viagra apresentava um custo inicial de U\$S 15 por unidade, sendo que o preço atingiu mais de U\$S 50 dólares. Uma versão genérica do produto chega ao valor aproximado de apenas U\$S 1.

<sup>147</sup> Fonte: Anúncio de Viagra de 1998, publicado no I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil, 1998 (Sociedade Brasileira de Urologia. I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil. São Paulo: BG Editora, 1998).

<sup>148</sup> O uso de drogas inibidoras fosfodiesterase tipo 5, como Viagra®, tem sido associado a vários eventos adversos. Esses efeitos colaterais são leves, como vermelhidão facial, dor de cabeça e congestão nasal. Além disso, há poucos relatos de casos relacionados a complicações graves, como infarto do miocárdio, dissecação de aorta, acidente vascular cerebral, complicações oculares e auditivas. Estudos indicam que os eventos adversos clínicos graves com drogas inibidoras de PDE-5 não são mais comuns que o placebo. Tais informações foram obtidas do seguinte artigo: DUARTE, Daniel Vanti; RESTREPO-MENDEZ, María Clara; SILVEIRA, Mariângela Freitas da. Prevalence of erectile dysfunction oral drugs use in a city of southern Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2763-2770, ago. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002802763&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802763&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 ago. 2020.

Figura 26 – Ajuda Visual, Viagra®, 1998



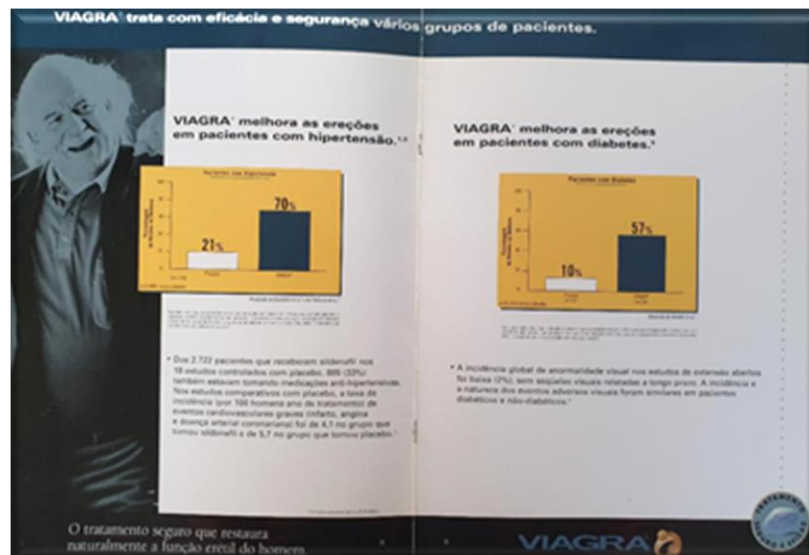
Fonte: Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra®. Disfunção erétil: questões e verdade, 1998.

Figura 27 – Anúncio, Viagra®, 1998



Fonte: Anúncio Viagra®, 1998 publicado na Fonte: Sociedade Brasileira de Urologia. I Consenso Brasileiro de disfunção erétil. São Paulo: BG Editora, 1998.

Figura 28 – Ajuda Visual, Viagra®, 1998.



Fonte: Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra®. Disfunção erétil: questões e verdade, 1998.

**Figura 29 – Ajuda Visual, Viagra®, 2000.**



Fonte: Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra®. Quando você procura saber se o seu paciente está bem. Pergunte também sobre sua satisfação sexual, 2000.

Além disso, há uma narrativa imagética com idoso acima de 65 anos, inserido em discursos sobre a eficácia do produto na presença de doenças crônicas (hipertensão, diabetes e problemas da próstata<sup>149</sup>). Conforme já discutido, Viagra® inicia uma patologização da impotência (agora, disfunção erétil), alocada como um quadro crônico inerente ao envelhecimento. Qual o objetivo básico mercadológico? Resgatar esse homem idoso do território da inexorabilidade do fracasso erétil, incluído ou não entre patologias crônicas (hipertensão arterial, diabetes), para um lugar de solução e satisfação sexuais, por meio da medicalização/farmacologização.

A urologia, como uma rede de saber e poder, trata de extrair, compreender, diagnosticar e tratar seu paciente, obtendo deste a verdade, em um exemplar movimento de enquadrá-lo, não mais no espaço do anormal, mas sim no limite do disfuncional. Desenha-se, assim, um movimento de “patologização” das capacidades que antes eram consideradas “normais” para as disfunções sexuais que podem ser “medicalizadas” (MARSHALL, 2010). Nesta conjuntura, Rhoden (2011) descreve:

O binarismo normal/anormal teria sido substituído pelo novo funcional/disfuncional. Como exemplo, cita que, durante muito tempo, foi considerado “normal” que a função erétil ou o nível de testosterona declinassem ao longo da vida de um homem. Porém, essa ocorrência passa a ser pensada como “disfuncional”, o que seria “comprovado” pela existência de tratamentos que poderiam melhorar a função em questão. Dessa forma, o “funcional” passa a ser definido pelo que é

<sup>149</sup> Hiperplasia prostática benigna.

tratável. O exemplo mais evidente disso seria como o Viagra foi fundamental para instituir a própria categoria da disfunção erétil e, mais recentemente, de como a reposição de testosterona seria o marcador por meio do qual se pode redefinir a andropausa (RHODEN, 2011, p. 164).

Com o intuito de problematizar a relação da urologia com o envelhecimento no domínio da medicalização da sexualidade, inicialmente vale trazer alguns dados sobre a expectativa de vida da população brasileira e o exemplo de discurso do título de uma palestra proferida no Congresso Paulista de Urologia, de 2008<sup>150</sup>: “O idoso precisa de sexo ou de fralda?”

De acordo com o IBGE<sup>151</sup>, a expectativa de vida dos brasileiros, em 2018, alcança a idade de 76,3 anos, lembrando que, em 1940, tal expectativa era de apenas 45,5 anos. A longevidade para as mulheres chega a 79,9 anos, enquanto que a dos homens está em 72,8 anos, em 2018. É um fato: a longevidade, em uma dimensão mundial, implacavelmente avança a cada ano; no entanto, não cabe aqui descrever os inúmeros fatores que a colocam nessa evolução crescente. Porém, constata-se que a especialidade médica que estuda o envelhecimento, a gerontologia, tem enfatizado os ganhos e não as perdas desse processo fisiológico inerente de qualquer ser vivo (DEBERT; BRIGEIRO, 2012). Em uma postura oposta à gerontologia tradicional, que se inclinava a abordar a velhice como uma etapa entre o declínio de funções físicas e a perda de participação e papéis na sociedade, a gerontologia moderna trata de hipervalorizar o incremento de possibilidades físicas, psíquicas, cognitivas e sociais e minimizar o gradual e natural progresso de um corpo para a senilidade. Seguindo essa linha de pensamento, a sexualidade assume um protagonismo, em associação com a representação de juventude, saúde e corpo ativo (MARSHALL, 2009). Oras, se a ciência pesquisa e descobre como os “corpos envelhecem”, também trata de descobrir como consertá-los e medicalizá-los, para que se mantenham mais longevos, saudáveis e consumidores de produtos para o cuidado de si. Deduz-se que o sentido, em fins do século XX, aponta para “o idoso necessita cada vez mais de sexo e não de fraldas”.

<sup>150</sup> Fonte: SBU-SP. Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2008.

<sup>151</sup> Os dados são das Tábuas Completas de Mortalidade, publicadas no site do IBGE. Disponível em: <https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018.html>. Acesso em: 24 ago. 2020.



Para exemplificar e reforçar como os discursos sobre envelhecimento e sexualidade se entrelaçam e são oferecidos aos urologistas, vale chamar a atenção para uma outra pesquisa, realizada em 2006<sup>152</sup>, pela mesma psiquiatra citada anteriormente. O “Estudo populacional do envelhecimento (EPE): primeiros resultados masculinos”<sup>153</sup> é uma avaliação epidemiológica, com mais de dez mil indivíduos maiores de 40 anos, com foco na sexualidade da população idosa, patrocinado pelo laboratório que lançou o produto concorrente, Cialis®, em 2003. Ressalta-se que somente foram publicados os resultados masculinos.

No prefácio da obra, segue um trecho escrito pelo diretor-geral do laboratório Bayer-Schering Pharma:

Apesar de ainda ser considerada um desafio, a longevidade tem nos dias de hoje indiscutível papel na avaliação da saúde e do bem-estar das pessoas. Por outro lado, a saúde sexual se constitui cada vez mais em parâmetro de qualidade de vida para aqueles que alcançam a longevidade.

Nesse sentido, dados estatísticos populacionais retratam a realidade dos hábitos de diferentes culturas, constituindo-se, na atualidade, em indispensável instrumento auxiliar à prática médica.

O Projeto Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FCMUSP), coordenado pela Professora Doutora Carmita Abdo, em parceria com a Bayer Schering Pharma, realizou importante pesquisa sobre o envelhecimento do brasileiro, cujos resultados possuem amplitude e profundidade ímpares no âmbito dos estudos epidemiológicos desenvolvidos no Brasil a respeito deste tema”. (ABDO, 2009, p. 1).

Nota-se que o discurso pontua: se a longevidade é considerada uma espécie de instrumento avaliador da saúde por meio do bem-estar, a saúde sexual, por sua vez, transforma-se, também, em um tipo de dispositivo medidor de qualidade de vida. A longevidade e o exercício saudável da sexualidade são apresentados como elementos indissociáveis para a conquista da saúde. Por consequência, para tais discursos, manter a sexualidade ativa durante o envelhecimento é cultivar a própria saúde. O discurso justifica que os saberes para a prática médica podem advir da

<sup>152</sup> Estudo dos Resultados Masculinos publicados inicialmente em formato de artigo científico: ABDO, Carmita NAJJAR, Helena; AFIF-ABDO, João. Estudo populacional do envelhecimento (EPE): primeiros resultados masculinos. **RBM - Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 64, n. 8, p. 379-383, 2007.

<sup>153</sup> Fonte: ABDO, Carmita. **Estudo populacional do envelhecimento no Brasil: resultados masculinos**. São Paulo: Segmento Farma Editores, 2009.

epidemiologia. Conhecer os hábitos, comportamentos sexuais, tratamentos e expectativas do envelhecer de uma amostragem da população torna-se imprescindível para legitimar a farmacologização e medicalização de corpos masculinos maduros. Ademais, para reforçar tais narrativas, seguem alguns títulos de capítulos da mesma obra: “Longevidade e saúde”; “Envelhecimento e hormônios sexuais masculinos”; “Função sexual, envelhecimento masculino e androgênios”. Na Parte II: “Resultados masculinos”, seguem alguns exemplos de narrativas: “Distribuição por orientação sexual”; “Média de parceiros sexuais nos últimos 12 meses”; “Média mensal de relações sexuais”; “Frequência de vontade de fazer sexo”; “Grau de importância do sexo para a harmonia do casal”; “Autoavaliação do desempenho sexual”; “Distribuição por especialidades médicas consultadas por homens, nos últimos 12 meses”; “Autoavaliação do estado atual de saúde”; “Frequência de uso de medicamento para melhorar e/ou manter a ereção, por faixa etária”; “Medos ao envelhecer”.

Nestes discursos, pode-se observar que há uma ostensiva explosão de saber sobre sexo, na qual emerge a promoção da sexualidade atrelada ao envelhecimento, como marcadora fundamental da saúde. A preocupação em saber quais especialidades médicas o homem consulta denota a importância de direcionar o homem maduro para o médico (cardiologista, urologista e clínico geral, nesta ordem), para obter um tratamento para “melhorar e/ou manter a ereção”. Nota-se, nitidamente, que aqui a terapêutica para as disfunções sexuais assume o lugar subliminar da “droga do estilo de vida”, no sentido de aperfeiçoar o desempenho sexual. Ademais, a “autoavaliação da saúde” é exigida como prerrogativa de exercício da manutenção da própria saúde. Em complementação, Marshall (2010) afirma que a relação da vitalidade sexual com a juventude (e a correlação respectiva do envelhecimento com a dessexualização) foi incluída na promoção geral das terapias anti-envelhecimento para além dos problemas sexuais.

Se a autoavaliação é exigida, naturalmente cria-se o que Barbara Marshall (2010) denomina de “vigilância da virilidade”. Conforme já descrito em capítulos anteriores, a fluidez oscilatória entre anormal/normal e saúde/doença acabam por delimitar a “medicina da vigilância” (ARMSTRONG, 1995). Cada disfunção ou sinal/sintoma se transforma em “afloramento” de possibilidade de risco e, portanto, de “marcador” de saúde ou doença. São pontos nodais em uma rede tênue de

monitoramento do estado de saúde. Mais do que a doença em si, o problema é o estado de risco “semi-patológico” de pré-doença (ARMSTRONG, 1995). A diminuição “natural” da função sexual dos corpos envelhecidos presta-se perfeitamente para essa fronteira litigiosa entre saúde e doença. Marshall (2010) destaca que a medicina sexual, especialmente nos homens idosos, tem ocupado o papel de se transformar no “canário na mina de carvão”. Ou seja, torna-se o marcador da saúde geral, à medida que o corpo envelhece. Se o canário parar de cantar, emite-se o sinal de alerta de perigo para a saúde (MARSHALL, 2010). Tal modelo de vigilância se aproxima do cuidado feminino da saúde, promovido desde o lançamento da pílula anticoncepcional, especialmente quando do “envelhecimento hormonal da mulher”, no climatério, com a menopausa.

Em consonância com a “vigilância da virilidade” proposta pela autora, esta situa-se em um circuito maior do “saudismo”, que atinge os corpos masculinos em envelhecimento e tem como consequência obrigatória a farmacologização da sexualidade do homem. Aliás, a Saúde do Homem se utiliza desta vigilância da virilidade, conforme foi descrito anteriormente quando da criação da PNAISH. Pode-se considerar que a virilidade transforma-se em uma espécie de instrumento de controle e disciplina, ora para a saúde, ora para a doença, além da promoção do autocuidado dos corpos masculinos.

Quando se olha novamente para as fontes no material de ajuda visual para os urologistas, elaborado pela Pfizer, em 2003<sup>154</sup> (Figura 31), chama a atenção na capa, para o seguinte discurso: “O primeiro medicamento a revolucionar o comportamento sexual do homem continua sendo o primeiro”. Há uma imagem de duas mãos dadas, muito tênue no fundo da capa. Tal afirmação parece reforçar o papel que o laboratório toma para si sobre uma espécie de “reformatação” de paradigmas quanto à sexualidade masculina, onde a virilidade e a masculinidade estão atreladas.

Interessante destacar que a narrativa imagética dessa fonte não contém nenhuma referência ao homem ou à sua parceira, apenas insinua que o casal está por trás, participando de mãos dadas nessa revolução. Os discursos proferidos possuem palavras-chave, que remetem à segurança, tranquilidade, confiança e

---

<sup>154</sup> Fonte: Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra. O primeiro medicamento a revolucionar o comportamento sexual do homem continua sendo o primeiro, 2003.

satisfação. Entretanto, nota-se que, a partir de 2004<sup>155</sup>, os discursos de Viagra® sofrem algumas mudanças, no sentido de conectar mais fortemente a narrativa imagética do casal ao ato sexual. Sem qualquer “pudor”, insere narrativas com detalhes sobre fisiologia sexual e palavras-chave que remetem diretamente à função erétil: “Viagra: firmeza no momento que o paciente precisa”; “O casal precisa de uma ereção firme para estar plenamente satisfeito”; “Viagra: rigidez no momento certo”; “Viagra: potência no tratamento da DE”; “Quando se leva em conta o comportamento sexual do paciente, Viagra é incomparável”; “Viagra age pelo tempo ideal e tem início de ação mais rápido”; “Viagra melhora 20 vezes a capacidade de penetração”; “A preferência pela rigidez que Viagra oferece é 10 vezes maior que da tadalafila. Essa é uma área em que nenhum homem quer arriscar”.

Em conjunção com tais discursos oferecidos pela Pfizer diretamente aos urologistas, percebe-se que as narrativas nos congressos também se alinham com essa fala “mais agressiva”, no sentido de que o número de palestras, cursos e simpósios (esses últimos patrocinados por laboratórios fabricantes de produtos para DE: Pfizer, Lilly e Bayer) sobre disfunção erétil e sexualidade oscilam em frequência de 01 a 12 por evento científico, sendo que os anos em que houve um pico de narrativas sobre DE foi em 2004<sup>156</sup>, seguido por 2005<sup>157</sup> e 2011<sup>158</sup> (10, 06 e 11 palestras/cursos, respectivamente). Destacam-se alguns discursos: “sexualidade do casal”, “disfunções sexuais: o erotismo e a arte”, “aspectos psicológicos da sexualidade no homem obeso”, “sexualidade do homem após câncer de próstata”, “relação entre idade e qualidade da ereção”, “qualidade de vida do relacionamento conjugal no tratamento da DE psicogênica”, “atração sexual”, “disfunções sexuais: quando é sintoma e quando é doença?”, “reposição hormonal e sexualidade no idoso”, “o idoso precisa de sexo ou de fralda?”, “satisfação sexual do paciente com doenças crônicas”, “há tratamento no homem anorgásmico?”, “a sexualidade na 3ª. idade:

---

<sup>155</sup> Fontes: Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra. Quando um casal decide ter uma relação sexual, eles não querem esperar, 2004; Anúncio Levitra, 2004, publicado na Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2004; Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra. Confiança na potência: o fator mais importante para a satisfação sexual, 2005; Anúncio Levitra, 2006, publicado na Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2006.

<sup>156</sup> Fonte: SBU-SP. Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2004.

<sup>157</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXX Congresso Brasileiro de Urologia, Brasília, 2005.

<sup>158</sup> Fonte: SBU. Programação Científica do XXXIII Congresso Brasileiro de Urologia, Florianópolis, 2011.

mitos e verdades”, “desejo sexual hipoativo no homem” e, finalmente no congresso de 2018<sup>159</sup>, um discurso novo: “Medicina Transsexual”.

Nota-se que, a partir de 2012, os discursos sobre DE tendem a diminuir, mas os de sexualidade se mantêm, ainda mais depois de 2010, ano em que a Pfizer deixa de ter a patente de Viagra®, e outros laboratórios passam a produzi-lo como medicamento genérico.

Novamente, as narrativas imagéticas dos casais (faixa etária entre 35 e 65 anos) tornam as cenas e roteiros mais envolventes e íntimos. Entre as fontes datadas de 2003 a 2006<sup>160</sup> (Figuras 30, 32, 33, 34, 35, 36 e 37), percebe-se que o *marketing* cria cenários de erotismo, intimidade e ousadia nos toques e movimentos corporais entre homem e mulher: o corpo se expande e faz parte da composição fotográfica. Há movimento, força e energia entre os corpos. O beijo aparece pela primeira vez na capa de uma ajuda visual de Viagra®, para o médico, em 2005. Tais imagens de casais com rostos felizes e cúmplices permeiam as narrativas imagéticas, o prazer e a satisfação subliminares presentes nos discursos, tais como este: “Sexo é imprevisível...Quando? Agora. [...] a espontaneidade é fundamental” (vide Figura 37).

**Figura 30 – Anúncio Cialis®, 2003.**

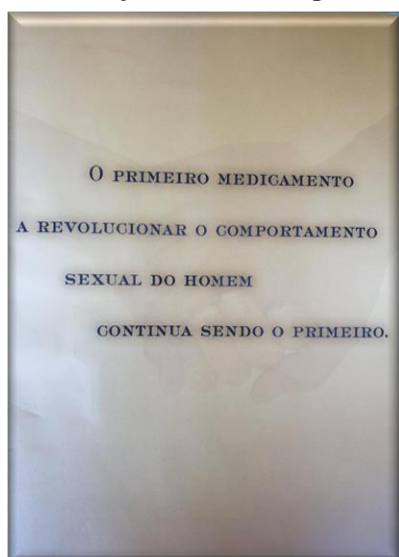


Fonte: Anúncio Cialis®, 2003, publicado na Programação Científica do XXX Congresso Brasileiro de Urologia, Foz do Iguaçu, 2003.

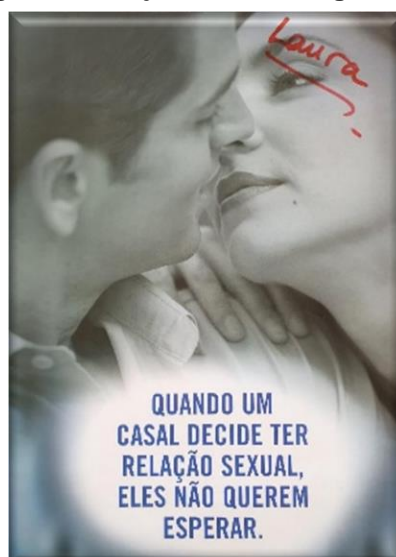
<sup>159</sup> Fonte: SBU-SP. Programação Científica do XV Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2018.

<sup>160</sup> Fontes: Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra. O primeiro medicamento a revolucionar o comportamento sexual do homem continua sendo o primeiro, 2003; Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra. Quando um casal decide ter uma relação sexual, eles não querem esperar, 2004; Anúncio Levitra, 2004, publicado na Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2004; Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra. Confiança na potência: o fator mais importante para a satisfação sexual, 2005; Anúncio Levitra, 2006, publicado na Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2006.

Figura 31 – Ajuda Visual Viagra®, 2003. Figura 32 – Ajuda Visual Viagra®, 2004.



Fonte: Anúncio Cialis®, 2003, publicado na Programação Científica do XXX Congresso Brasileiro de Urologia, Foz do Iguaçu, 2003.



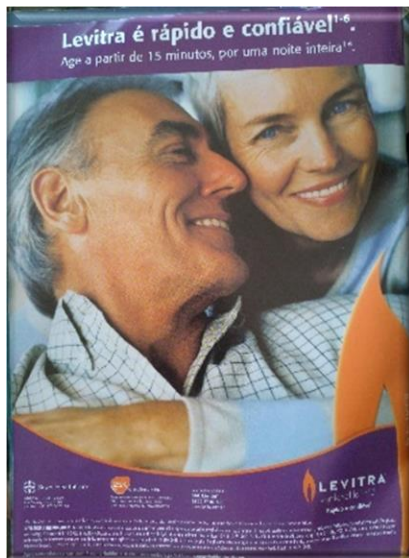
Fonte: Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra®. Quando um casal decide ter uma relação sexual, eles não querem esperar, 2004.

Figura 33 – Ajuda Visual Viagra®, 2004.



Fonte: Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra®. Quando um casal decide ter uma relação sexual, eles não querem esperar, 2004.

Figura 34 – Anúncio Levitra®, 2004.



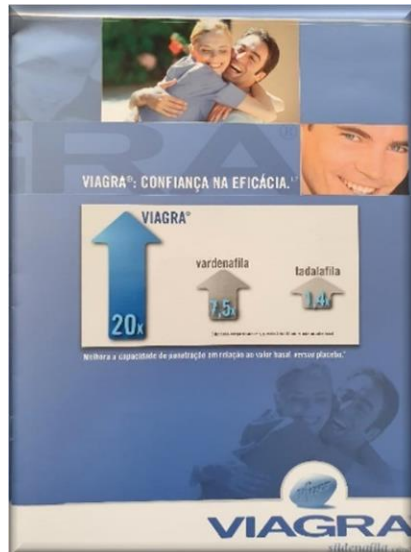
Fonte: Anúncio Levitra®, 2004 publicado na Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2004.

Figura 35 – Ajuda Visual Viagra®, 2005.



Fonte: Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra®, Confiança na potência: o fator mais importante para a satisfação sexual, 2005.

Figura 36 – Ajuda Visual Viagra®, 2005.



Fonte: Ajuda Visual Viagra®, Confiança na potência: o fator mais importante para a satisfação sexual, 2005.

Figura 37 – Anúncio Levitra®, 2006.

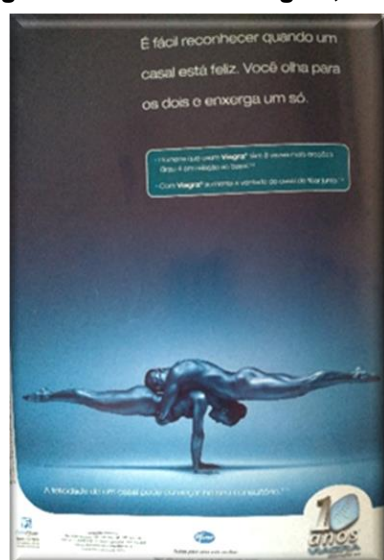


Fonte: Anúncio Levitra®, 2006, publicado na Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2006.



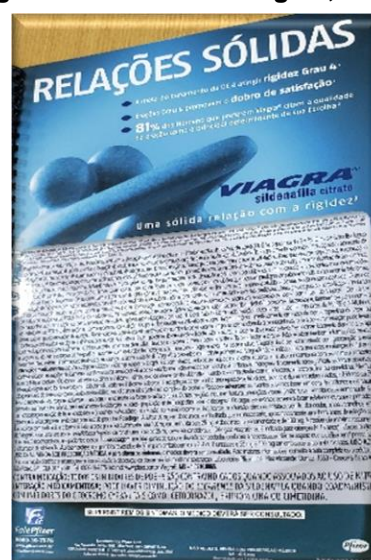
Nos dez anos de Viagra® no mercado brasileiro e mundial, a Pfizer veicula um anúncio (Figura 38<sup>161</sup>) no congresso de urologia, onde alguns pontos discursivos chamam a atenção: “É fácil reconhecer quando um casal está feliz: você olha para os dois e enxerga um só”; “Homens que usam Viagra tem 6 vezes mais ereções grau 4 em relação ao basal”; “Com Viagra aumenta a vontade do casal ficar junto”. As narrativas textuais, por sua vez, dialogam com a imagem: um casal heterossexual, negro, estilizado em uma posição de união e equilíbrio impossíveis, mas que representa um só corpo acoplado sem a configuração de um ato sexual. Interessante observar: é o corpo da mulher que suporta o corpo masculino, acima. Aqui, um dos apelos discursivos mais fortes é que o medicamento provoca a “vontade de ficar junto”. Neste ponto, o discurso trata de extrapolar o simples ato sexual e seu desempenho com ereções, para seguir na direção de uma posição de conexão corporal. Por sua vez, esta proporciona um estado que é anunciado ao médico urologista com a seguinte narrativa: “A felicidade de um casal pode começar no seu consultório”. Outros exemplos de discursos imagéticos e textuais de anúncios estão apresentados nas figuras 39, 40 e 41.

**Figura 38 – Anúncio Viagra®, 2008.**



Fonte: Anúncio Viagra®, 2008, publicado na Programação Científica do Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2008.

**Figura 39 – Anúncio Viagra®, 2009.**



Fonte: Anúncio Viagra®, 2009, publicado na Programação Científica do Congresso Brasileiro de Urologia, Goiânia, 2009.

<sup>161</sup> Fonte: Anúncio Viagra, 2008, publicado na Programação Científica do Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2008.



Figura 40 – Anúncio Cialis®, 2009.



Fonte: Anúncio Cialis®, 2009, publicado na Programação Científica do Congresso Brasileiro de Urologia, Goiânia, 2009.

Figura 41 – Anúncio Viagra®, 2011.



Fonte: Anúncio Viagra®, 2011, publicado na Programação Científica do Congresso Brasileiro de Urologia, Florianópolis, 2011.

Em vista deste percurso discursivo, em um paralelo entre o que é discutido em congressos e o que é apresentado ao urologista por meio de simpósios patrocinados, anúncios dos laboratórios e os materiais promocionais (ajudas visuais), o *marketing* farmacêutico psicionou o medicamento não para tratar um “transtorno psicológico”, a impotência, que ficou para trás, com sua nomenclatura estigmatizada, mas para produzir a melhora das ereções e do desempenho sexual.

Por sinal, vale acrescentar alguns comentários sobre o efeito do *marketing* farmacêutico na prescrição médica. As fontes aqui apresentadas não deixam de ser “provas” concretas (in)diretas do quanto a formação curricular do médico (urologista ou de outras especialidades) apresenta lacunas quanto à abordagem da sexualidade do paciente (GIAMI, 2009). A presença de palestras proferidas por psicólogos, sexólogos e psiquiatras, além da distribuição de artigos e livros nos simpósios dos laboratórios nos congressos e das próprias informações científicas referendadas nas ajudas visuais, ilustram, de certa forma, a carência de conhecimento nessa esfera médica. Tal deficiência de saberes acadêmicos sobre a função sexual, conforme destaca Giami (2009, p. 649), foi identificada habilmente pela “inteligência” farmacêutica, e esta, por sua vez, passou a ocupar o “espaço de educadora” do especialista: “a indústria farmacêutica controla de modo quase exclusivo a informação

e a formação dos médicos”. Em vista dessa “nova dinâmica educacional”<sup>162</sup>, assumida pelo laboratório sobre a prescrição de Viagra® para a disfunção erétil, os médicos se equiparam aos leigos como receptores de informação científica. A propaganda<sup>163</sup> médica (ajuda visual) e os simpósios nos congressos acabam por construir um dispositivo instrumental singular para a utilização e consumo do medicamento pelo homem paciente-consumidor: a prescrição. Conforme bem assinala Faro *et al.* (2010, p. 11), “O usuário final, o consumidor, “em si”, vai utilizar o medicamento seja mediante a prescrição médica, seja por auto prescrição, instigado pelo *marketing* veiculado pela mídia.”

Conforme Marshall (2006) deduz, o “imaginário farmacêutico” transmuta gradativa e simultaneamente o Viagra®, de um medicamento prescrito para uma disfunção causada por patologias crônicas (medicalização), para ser também uma droga de estilo de vida (farmacologização) e estende, de forma direta, seu uso para além do homem idoso, ou seja, para o adulto jovem (MARSHALL, 2006). Dessa maneira, os laboratórios posicionaram o medicamento para “todo homem”, cujos discursos, na essência, contrapõem a masculinidade à impotência ou disfunção erétil. Perda de função erétil parece ser sinônimo de perda de função de masculinidade perante a mulher ou parceira.

A virilidade, alocada como um atributo da masculinidade, é equiparada ao sexo bem-sucedido e gerador de satisfação, bem-estar e qualidade de vida. Aliás, foi por esse trajeto que Viagra® iniciou seu caminho para “remodelar” a masculinidade do homem consumidor. Pode-se inferir que o início desse percurso foi um tanto tímido; entretanto, a partir de 2003-2004, delineia-se pelos discursos textuais e imagéticos,

<sup>162</sup> Conforme problematizado no subcapítulo 2.3.

<sup>163</sup> Vale destacar a seguinte citação: “A propaganda de medicamentos está prevista como um dos campos de aplicação dos Critérios Éticos para a Promoção de Medicamentos, documento formulado em 1988 pela Organização Mundial de Saúde, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde no que tange ao uso racional de medicamentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1988). No Brasil, a propaganda de medicamentos está regulamentada, especificamente, com relação à vigilância sanitária, no Decreto nº 79.094/1977, que submete os medicamentos e outros produtos de interesse para saúde a um sistema de vigilância sanitária. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou, ao longo dos dez anos desde a sua criação, dois marcos regulatórios nesse campo: a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 102, de 30 de novembro de 2000, que foi substituída posteriormente pela RDC nº 96, de 17 de dezembro de 2008. Elas constituem regulamentos técnicos na área de propaganda, publicidade, promoção e informação de medicamentos”, incluída no artigo de LUCENA, Regina Célia Borges. Novas regras e velhos desafios na regulação da propaganda de medicamentos. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 701-712, jun. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 set. 2020.

de forma ampla e irrestrita, que Viagra® se transveste em um tipo de objeto de desejo de consumo e de *status* sexual para alcançar a sexualidade masculina ideal.

A masculinidade pode ser representada – através de posições dos corpos, expressões faciais e discursos diretos – por um ato de penetração muito específico e definido de maneira restrita heterossexual. A virilidade desejável é a que se mede pelo grau de ereção, de rigidez e de desempenho sexual. Mas, também, perpassa pela confiança e tranquilidade para atingir seu objetivo erétil. Viagra® ainda trata de interlaçar a *performance* sexual reduzida à ereção, ao imaginário do casal, em que juntos (homem e mulher) podem sentir felicidade e aproveitar os melhores momentos da vida. Ser capaz de ter potência, firmeza e solidez é o caminho obrigatório para a masculinidade. Em consonância com Faro *et al.* (2010, p. 12), os autores comentam: “Ou seja, a propaganda mobiliza simultaneamente a insegurança e a “esperança” masculinas, ao oferecer a “pílula mágica”, reforçando a ideia de uma sexualidade masculina sempre pronta ao sexo, traduzida na prontidão do pênis para penetrar “completamente duro””.

Entretanto, há que se considerar outro elemento fundamental, que transpassa os discursos: o prazer<sup>164</sup>. Por sinal, desde o período entreguerras, no século XX, a satisfação erótica do casal já era discutida em obras de higiene e de orientação/aconselhamento conjugal (CAROL, 2013). Ou seja, a satisfação erótica de homens e mulheres transfigurou-se em uma condição fundamental no casamento bem-sucedido. Iniciava-se um itinerário que se tornou crescente e mais liberal a partir da 2ª. Guerra Mundial, no qual o homem seria cobrado cada vez mais por saber dar prazer à mulher, tanto no casamento como em relações extraconjugais. O “ser viril” impulsionou o homem a ir além do prazer para si, e o colocou frente a frente com a mulher, especialmente depois dos anos 60, conforme discutido no capítulo 1, cada vez mais liberada e exigente por dar e receber satisfação sexual. Mas, também,

---

<sup>164</sup> A título de complementação, deve-se salientar sobre o tema prazer sexual que, no Oriente, mais precisamente na Índia, entre os séculos I e IV d.C., foi criada uma obra dirigida à nobreza, o Kama Sutra, e tornada famosa no Ocidente pela tradução do inglês Richard Francis Burton, em 1883. Segundo Weissheimer e Fáveri (2015, p. 40), a obra “Kama-sutra de Vatsyayana é um livro com conselhos e reflexões escritos em aforismos (sutras), sobre os mais variados aspectos da vida humana, dentre eles o convívio em sociedade, o casamento, a aquisição de riquezas, as práticas religiosas e a satisfação dos prazeres sexuais, tanto de autoria de Vatsyayana quanto de outros autores versados no tema, citados por ele”. [...] “Dentre os variados aspectos da vida abordados nos sutras de Vatsyayana, o prazer sexual (Kama) teve considerável destaque, sendo o corpus central do livro”. Segundo Vatsyayana, Kama é o gozo dos objetos pelos cinco sentidos (audição, visão, tato, paladar e olfato). No entanto, no contexto do livro, Kama (prazer) abrangia todas as relações entre homens e mulheres: educação, namoro, casamento e vida conjugal.

realocou os homens no espaço da concorrência: as mulheres começaram a comparar desempenhos e a fazer escolhas. O homem começa, então, a ser preterido ou não pela sua *performance* sexual. A liberação sexual trouxe um dever subliminar para o homem de ser capaz e de ser bem-sucedido no quesito dar prazer, até muito mais do que receber.

Outra mudança fundamental nos últimos 40 a 50 anos se deu na afirmação da identidade homossexual masculina. É exigido do homem uma postura diferente, ou seja, desloca-se o modelo homem-falo-mulher-receptáculo, para o homem-falo-homem. Independentemente do papel assumido na relação homossexual, o saber dar prazer também atravessa esse campo sexual. Conforme problematizado nos discursos, Viagra® não dialoga abertamente com a homossexualidade masculina, porém, percebe-se, através das construções do *marketing* farmacêutico, que o medicamento gera uma “força ativa”, no sentido de oferecer o ideal de virilidade, isto é, saber dar prazer tanto para homens hetero como homossexuais.

Por outro lado, o discurso de Viagra®, pressionado por um forte senso de autovigilância constante e de disciplina do corpo do homem, cuja saúde depende de seu desempenho sexual, clama para a responsabilidade individual, no intuito de controlar seu próprio risco de perder a masculinidade antes de entrar na “velhice” (vide imagens de homens na faixa etária de 35 a 50 anos, nas figuras acima citadas). Aliás, a construção discursiva se traduz no imaginário no qual Viagra® e os outros concorrentes elaboram sobre um “envelhecimento masculino saudável”. A narrativa da qualidade de vida se atrela à continuidade da sexualidade masculina no envelhecimento, ou seja, a virilidade expressa pela função erétil deve ser mantida para além do homem adulto jovem. Em outras palavras, o homem deve se manter como um “macho sexualmente ativo” até a morte.

Se Viagra®, no seu pioneirismo em se posicionar como uma “droga de estilo de vida”, em um exercício de farmacologização para o tratamento da impotência que se transforma em disfunção erétil, trouxe uma “reformatação” da masculinidade, por meio da construção da necessidade de desempenho sexual satisfatório, reduzido à função erétil, também foi capaz de produzir discursos médicos, que ampliaram o mundo urológico para além do corpo do homem reduzido a um pênis. Ou seja, a medicalização, com a prescrição do medicamento para patologias orgânicas causadoras de DE também foi ampliada, através da conexão da urologia com outras

especialidades médicas, além de ter inserido a sexualidade masculina (e mais discretamente, a feminina) na prática clínica de uma especialidade médica tradicionalmente cirúrgica. Ademais, a urologia também produziu alguns discursos interligados com a psiquiatria e a psicologia. Isto é, apesar de Viagra® oferecer a solução medicalizada para a impotência, o paciente poderia precisar de uma atenção para encaminhamento psicológico. Há um retorno discreto, porém necessário, em alguns casos de pacientes cujos resultados não se mostravam satisfatórios, aos “primórdios da terapêutica psicoterápica” da virada do século XIX para o XX.

Sob o horizonte da urologia, pode-se inferir que um “novo homem pós Viagra” foi edificado no limite entre ciência e *marketing* farmacêutico. E como é esse homem? Primeiramente, ele está inserido em uma ampla faixa etária: do adulto jovem (e acima de 30 anos) que inicia sua vida sexual ao velho que perdeu ou percebe diminuída sua função erétil. Ele é retratado como um homem pró-ativo (ou incentivado pela parceira), capaz de buscar a “solução ou aperfeiçoamento” de sua disfunção ou função erétil no consultório médico (ou diretamente na farmácia, sem prescrição médica, conforme será discutido no próximo capítulo). Ademais, ele pode ser capaz de expressar, frente ao questionário de avaliação do especialista, seu problema sexual e interligá-lo à esperada *performance* sexual frente à mulher ou parceira.

Ainda, deve-se ressaltar que esse homem, mesmo durante a evolução do processo de envelhecimento, vivencia uma longevidade crescente e, com isso, a expectativa de exercer sua virilidade e potência se traduzem pela sobrevivência de uma vida sexual prolongada. Homens são mostrados em relacionamentos de permanência (ou não) com suas parceiras e elas exigem, também, a manutenção das relações sexuais. Por exemplo, para ilustrar, a mídia difunde este discurso dez anos após a chegada da “pilula milagrosa”, na Revista *Veja*, de 2008<sup>165</sup>: “Homens mais velhos animados com o novo fôlego sexual, passaram a buscar a companhia de mulheres mais jovens.” “A coisa chegou a tal ponto que há mulheres que boicotam o uso do remédio por temer que o marido procure outra”, diz o urologista [...].”

Contudo, houve um aumento do período de vida sexual feminina ativa e, como consequência, há maior cobrança por desempenho sexual dos homens. Por outro lado, pode-se inferir que há uma cobrança social do homem, por se relacionar com

---

<sup>165</sup> Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 2052, 19 mar. 2008, p. 94.

parceiras mais jovens, tendo o sexo como representativo de certo *status* de virilidade longeva e este transformar-se em um verdadeiro “esporte”, sendo que a sociedade acaba por impulsionar os homens, para que sejam performáticos sexuais<sup>166</sup>.

Esse “novo homem”, por um lado, é representado pela simplificação de sua virilidade e da expressão de sua masculinidade na esfera genital, cujas palavras-chave discursivas mais “repetidas” são: rigidez, ereção, satisfação, potência, penetração, desempenho e firmeza. Em consonância, vale citar o seguinte comentário de Elisabeth Badinter (1993):

É, portanto, por seu sexo e pela atividade sexual que o homem melhor toma consciência de sua identidade e virilidade. Isto significa também que, após a ejaculação, quando as sensações eróticas de seu pênis desaparecem, ele sofre uma espécie de ausência, a morte de sua vida fálica (BADINTER, 1993, p. 141).

Essa reafirmação eretocêntrica da virilidade parece ser justamente o “dispositivo” pelo qual o “novo homem” é lançado em direção ao autocuidado da saúde integral pelo próprio urologista, pois este se articula com outras especialidades médicas, que podem “cuidar”, na integralidade, desse corpo masculino. Entretanto, é justamente através do reducionismo da virilidade que o “novo homem” pode reafirmar, reexpandir sua masculinidade e se reconectar à sexualidade feminina na busca do prazer, ou seja, ele é representado, na maior parte das fontes, inserido em atitudes cúmplices no espaço do casal. Por isto, a saúde do par, atrelada ao protagonismo dominante da *performance* masculina, deve ser alcançada pela medicalização/farmacologização da função erétil. O “novo homem” pós Viagra® é impulsionado e obrigado a ser autovigilante com a saúde de seu corpo para além do envelhecimento.

Nesse movimento sobre a masculinidade, podem ser reconhecidos quatro ganhos significativos para o homem:

- 1 - O urologista assume definitivamente o espaço em ser seu médico para além da cirurgia/clínica urológica, ou seja, desenvolve um olhar clínico para a sua sexualidade;

---

<sup>166</sup> O subcapítulo 4.1 discute, também, o tema da sexualidade no envelhecimento, embasado no discurso midiático das fontes.

- 2 - Ele obteve consciência crítica e maior acesso ao autoconhecimento sexual;
- 3 - De certa forma, ele foi protagonista de um “resgate” de sua própria virilidade, mesmo que “reduzida à função erétil”, em meio à “crise de masculinidade”;
- 4 - Sua saúde e seu corpo se tornaram alvo de atenções políticas e cuidados médicos por uma “exclusiva” Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

O “novo homem” aprendeu que, para melhorar ou recuperar o “funcionamento erétil”, é preciso “exercer sua virilidade” e ir em busca da praticidade e eficácia da “pílula azul”, via urologista. Logo, a masculinidade, em sua porção mais visível e direta, a virilidade, exhibe uma nova “formatação”: um homem confiante em sua expressão viril, que demonstra satisfação, prazer e felicidade com seu desempenho sexual, ao lado da parceira que também deseja uma vida sexual ativa. No entanto, será que pode-se afirmar que essa “nova masculinidade” sofreu de fato “remodelações” permanentes ou apenas transitórias, como “ondas consumistas” geradas por forças advindas do contexto cultural único médico-farmacêutico de Viagra®?

#### 4. ROMPENDO O SILÊNCIO

“Foram quase dez anos de tratamentos fracassados. Vivia trocando de mulher na esperança de que alguma fosse a solução. Depois resolvi não sair mais de casa. Vivia triste e deprimido”. I.R., 56 anos, professor universitário. Este discurso de um homem assumidamente impotente está na matéria da Revista *Veja*<sup>167</sup>, quando do “anúncio oficial” do lançamento de Viagra® nos Estados Unidos, em abril de 1998. Tal fala ilustra, através da mídia, o rompimento do silêncio sobre um dos maiores estigmas masculinos.

Em outro exemplo discursivo, vale citar a narrativa de um filme criado pela Agência Zero11, veiculado na TV, para o laboratório Pfizer, inserido na Campanha Educativa sobre Impotência, em 2004, com o ator/cantor carioca Evandro Mesquita (Figuras 42 e 43):

Há pouco tempo seria muito difícil para nós homens, falar com naturalidade que falhar é normal. Mas ainda bem que tudo isso mudou. Hoje é possível ter um desempenho sexual melhor, basta tomar uma atitude. Procure um médico. Quem melhora o desempenho sexual, vive melhor (Agência Zero11, Filme “Depoimento de Evandro Mesquita”, 2004).

**Figuras 42 e 43 – Filme “Depoimento de Evandro Mesquita na praia”, 2004.**



Fonte: Agência Zero11. Filme “Depoimento de Evandro Mesquita na praia”, Campanha Viagra, 2004.

<sup>167</sup> Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1540, 01 abr. 1998, p. 86-91.



Deve-se atentar para a denominação do nome do site apresentado no final do filme ([www.erecao.com.br](http://www.erecao.com.br)), o qual remete diretamente para o objetivo terapêutico do medicamento, que, apesar de não ser mencionado devido à legislação da ANVISA<sup>168</sup> na época, associa o nome do produto subliminarmente à citação do laboratório (Pfizer) e ao logotipo da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU).

Conforme discutido no capítulo 2, Viagra<sup>®</sup>, mediante uma estratégia de mídia planejada por assessoria de imprensa meses antes de sua chegada ao mercado, alcança os espaços públicos, por meio de inúmeras reportagens e matérias, entrevistas de especialistas nos jornais, televisão, rádio e internet (BRIGEIRO; MAKSOUD, 2009) e atinge diversos territórios da sociedade, além da vida privada. Os autores citados destacam que, no primeiro ano do medicamento no país, a mídia explora a imagem hipersexualizada do brasileiro, por meio de uma cultura da “sacanagem”. Eles comentam:

Os discursos jornalísticos tomaram como foco os corpos sexuais – especialmente o masculino –, ressaltaram a importância da sexualidade na vida diária e promoveram um questionamento acerca das relações amorosas. Ademais, evocaram discussões antigas sobre a voracidade e o excesso sexual do brasileiro. (BRIGEIRO; MAKSOUD, 2009, p. 76).

Quando se olha para a fonte midiática, representada pela Revista *Veja*, vale tecer algumas breves considerações sobre a imprensa escrita como documento capaz de criar discursos. De acordo com o que já discutido no capítulo 2 e aqui neste presente, pode-se considerar a Revista *Veja* como divulgadora de representações sociais, mas, também, como disseminadora de narrativas. Por sinal, tais representações também são objetos propagadores de intencionalidades e subjetividades, tanto dos autores jornalistas, do grupo editorial e até das indústrias farmacêuticas, que enviam à revista seus *press releases*<sup>169</sup> sobre temas que lhe são

<sup>168</sup> Resolução RDC nº 102, de 30 de novembro de 2000. Disponível em: [https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucao\\_sanitaria/102.pdf](https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucao_sanitaria/102.pdf). Acesso em: 28 set. 2020.

<sup>169</sup> Os laboratórios farmacêuticos, assim como outros tipos de empresas, contratam grupos de assessorias de imprensa, que monitoram as atividades diárias nas mídias sobre determinado produto e/ou doença, além de elaborar, juntamente com as equipes de *marketing*, médica e jurídica, os *press releases* (ou boletim ou comunicado de imprensa), direcionados estrategicamente para os jornalistas que criam matérias sobre determinados temas para públicos-alvo, seja o médico ou o leigo em geral. O *press release* tem um formato específico, direcionado aos jornalistas do canal midiático a que se destina. O objetivo de tais conteúdos é que os jornalistas das mídias possam se basear neles ou até utilizá-los na íntegra nas matérias publicadas. Seu

pertinentes e/ou estratégicos. A imprensa como documento, segundo Heloisa Cruz e Maria do Rosário Peixoto (2007), deve ser analisada como força social ativa e entendida dentro de um território de lutas sociais. As autoras fazem a seguinte citação: “Todo documento é suporte de prática social, e, por isso, fala de um lugar social e de um determinado tempo, sendo articulado pela/na intencionalidade de história que o constitui” (CRUZ; PEIXOTO, 2007, p. 257). A Revista *Veja*, como um documento que representa a imprensa, é porta-voz desta força social, mas também cultural e, por sua vez, produz discursos e narrativas que retroalimentam os diversos atores aqui descritos. Por sinal, vale destacar nesta pesquisa que há inter-relações estratégicas, intencionais e subjetivas entre a indústria farmacêutica, que produz, por exemplo, *press releases* sobre uma droga ou doença para a revista que busca informações e opiniões científicas com os médicos líderes de opinião, os quais são participantes e influenciadores de opinião e de condutas terapêuticas nos congressos médicos; muitas vezes, também são palestrantes patrocinados pelas mesmas indústrias farmacêuticas, que promovem um determinado medicamento para o tratamento de uma doença. Desta maneira, neste exemplo de uma espécie de “círculo retroalimentador discursivo”, a imprensa, influenciada pelo poder econômico, transforma-se em uma “prática constituinte da realidade social, que modela formas de pensar e agir, define papéis sociais, generaliza posições e interpretações que se pretendem ser compartilhadas e universais” (CRUZ; PEIXOTO, 2007, p. 258).

Foucault (2002) descreve que, apesar de um discurso ser insípido ou medíocre na aparência, as defesas ou as críticas que o atingem são reveladoras de sua conexão com o poder. Os discursos são geradores de práticas. Importante resgatar o seguinte entendimento:

em toda sociedade a produção de discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (FOUCAULT, 2002, p. 8-9).

---

principal intento é a divulgação de um tema ou produto em grande escala, por diversos canais midiáticos. Estas informações citadas aqui foram embasadas no conteúdo do site *Newsmonitor*, disponível em: <https://www.newsmonitor.com.br/blog/voc%C3%AA-sabe-o-que-%C3%A9-um-release>. Acesso em: 09 set. 2020.

Ele enfatiza que, para o discurso ter sua função, os indivíduos devem seguir regras, no sentido de que nem todos podem ter acesso a ele. Ademais, a construção social e histórica dos indivíduos é feita através das práticas que circulam ao seu redor (FOUCAULT, 1979), sendo que a mídia leiga e a divulgação científica à classe médica por meio de congressos são geradores de discursos. FOUCAULT (1979) afirma que, atualmente, os campos mais fechados (exclusão) são as áreas da sexualidade e da política. As “interdições”, por sua vez, “revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder”. Isto é, o discurso não é “simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) desejo; é também, aquilo que é o objeto do desejo” (ibid: 9). Detalhando, “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual queremos apoderar” (ibid: 9).

Se, por um lado, a mídia é capaz de disseminar discursos que despertam e provocam “quebras de tabus”, questionamentos, reconfigurações de comportamentos e de desejos; em paralelo, mas em uma outra dimensão, narrativas sobre saberes médicos produzem, em parte, algo semelhante na prática da urologia, como problematizado no capítulo 3. A chegada de Viagra®, como um medicamento que toca no âmago da sexualidade masculina, provoca “ondas” de discursos, tanto no âmbito midiático, cujo alvo é o público leigo ou consumidor, como no universo médico, por meio dos congressos de urologia. Tais “ondas discursivas” podem se difundir em vários formatos, intensidades, temporalidades e direções; porém, podem simplesmente coexistir e/ou se chocar e/ou se complementar.

Entretanto, não se deve olvidar: um medicamento para a disfunção erétil consegue interconectar os discursos midiáticos com os discursos médicos, por meio de ações engenhosamente elaboradas pelo *marketing* farmacêutico. Consequentemente, em proporção significativa, os discursos focados na sexualidade masculina e feminina dessas três dimensões – urologia, mídia impressa, laboratório farmacêutico – são, em parte, formatados e legitimados por líderes de opinião médica. Estes últimos, porém, são estrategicamente “empoderados” pelo laboratório farmacêutico<sup>170</sup>, mas, também, pelo meio acadêmico de pesquisa e docência e, finalmente, por grupos corporativos, como a Sociedade Brasileira de Urologia.

---

<sup>170</sup> Conforme descrito anteriormente, os laboratórios farmacêuticos possuem práticas que obedecem a legislação vigente da ANVISA e, assim, disponibilizam informações estratégicas mercadológicas sobre o produto e

Sob inspiração dos estudos de Foucault (1977, 1979, 2002, 2010, 2018a), pode-se inferir que tal explosão de discursos carrega consigo a difusão de biopoderes em diversos formatos e intensidades, através de uma rede capilar complexa. Ela invade âmbitos de diversas naturezas: da arte, à economia, ao esporte, ao Estado, à ciência, à medicina, até chegar à vida privada, reservada entre quatro paredes. Como consequência, o medicamento ultrapassou seu sentido meramente farmacológico e alçou voos mercadológicos como “super remédio”<sup>171</sup> desejado pelo público-alvo. Habilmente, interligou quatro elementos: sexo – saúde – corpo – consumo e construiu ideais de saúde e virilidade como mercadorias.

#### **4.1 A mídia e o *marketing* farmacêutico como dispositivos da farmacologização da sexualidade masculina**

Para Radford (1997), a mídia (imprensa) joga um papel conspícuo na difusão de informações sobre saúde e doença, visto que ela interliga o discurso científico ao público em geral e o transforma em conteúdo mais palatável e atraente, em termos de comunicação e entendimento. A mídia se transforma, portanto, em veículo irradiador de informações sobre ciência e tecnologia, e os produtos farmacêuticos e as doenças tratadas por eles, obviamente, estão incluídos nesse contexto. Aliás, conforme Oliveira *et al.* (2009, p. 8) comentam: “A cobertura na área de medicamentos, por exemplo, é considerada automaticamente como notícia, sem necessidade de se demonstrar sua importância, pois faz parte da agenda social”.

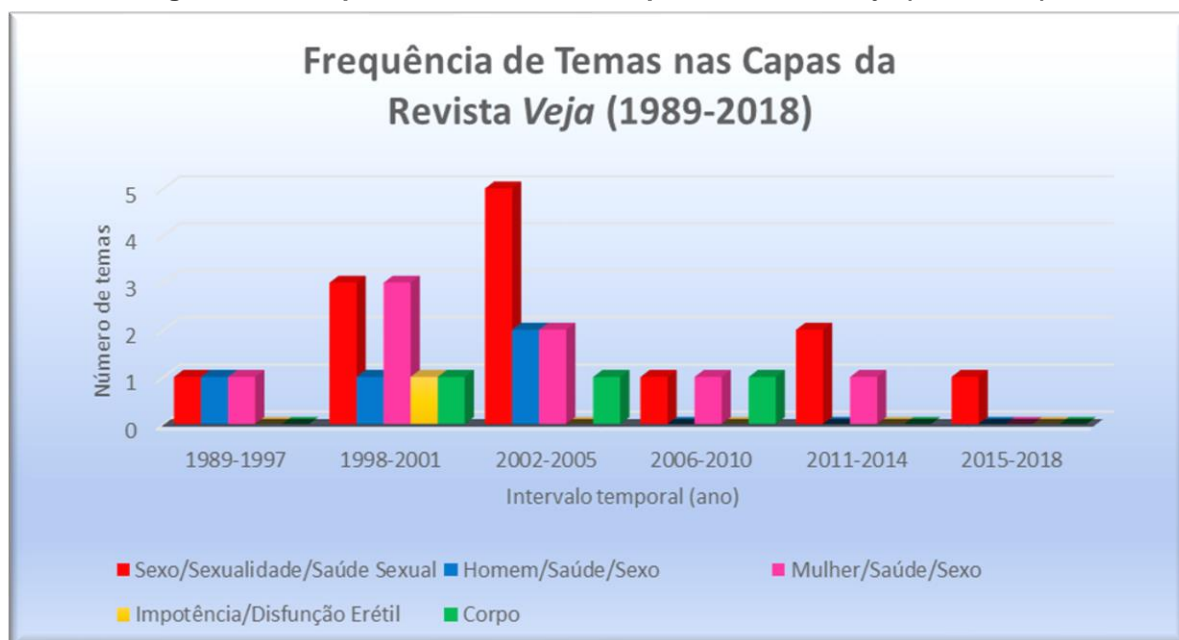
Antes de adentrar em alguns exemplos de discursos midiáticos, é relevante considerar uma sucinta estatística sobre a frequência de temas citados nas capas da Revista *Veja*, inserida no recorte temporal desta pesquisa.

---

realizam patrocínios de tais médicos para a participação em congressos nacionais e internacionais. Também incentivam o patrocínio de pesquisas clínicas, cujos coordenadores, muitas vezes, incluem tais médicos, além de patrocinarem sua *expertise* e liderança entre os pares em eventos (palestras, encontros, consensos, colóquios, jornadas) promovidos pelo próprio laboratório.

<sup>171</sup> Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1766, 26 de jun. 2002, p. 94-101.

**Figura 44 – Frequência de temas nas capas da Revista *Veja* (1989-2018).**



Fonte: Edições das Revistas *Veja* visualizadas, desde janeiro de 1989 até dezembro de 2018.  
Disponível em: <https://veja.abril.com.br/acervo/#/archive/2020/8>. Acesso em: 01 set. 2020.

Na figura 44, pode-se observar que, a partir de 1998, ano do lançamento de Viagra®, temas como sexo, sexualidade, saúde em geral, e saúde e sexualidade da mulher já começam a despontar de forma importante, enquanto que temas sobre homem, saúde e sexo ainda aparecem em frequência menor. Entretanto, no intervalo temporal entre 2002 e 2005, os temas gerais sobre sexualidade dão um salto significativo, seguidos pelos temas sobre sexo e saúde do homem e da mulher. Nota-se que a única capa da revista incluída com a terminologia “impotência” está inserida em 1998. Somente em 2011, nota-se um aumento do número de capas sobre sexualidade/sexo/saúde sexual em geral, porém, inferior ao intervalo anterior. Aliás, foram publicadas duas edições especiais sobre Homem, entre 2003 e 2005, enquanto que, em 2001, a Mulher ganhou uma edição especial. As capas com temas sobre corpo e saúde/sexualidade da mulher ainda se mantêm presentes entre 2006 e 2014.

Quando se faz uma rápida comparação com o número de temas referentes à impotência/disfunção erétil e sexualidade nos congressos de urologia, constata-se que, nos anos de 1989 e 1991, foram identificados 01 e 09 eventos, sendo que, no ano anterior à chegada do produto, ocorreram três citações em palestras e simpósios. Nos anos posteriores, como por exemplo em 1999, uma citação em evento; em 2003, duas citações; entretanto em 2004 e 2005, foram realizadas 10 e 06 palestras/cursos/simpósios com tais temas, respectivamente. De imediato, pode-se

inferir que a urologia representada por suas Sociedades (Brasileira e Paulista), pelos líderes médicos de opinião em conjunção com o *marketing* farmacêutico impulsionaram, no recorte temporal quase simultâneo, uma crescente irradiação de discursos, tanto médicos, como midiáticos, sobre sexualidade, disfunção erétil e Viagra®. Vale lembrar que o *marketing* farmacêutico reduz suas ações promotoras e midiáticas do medicamento de forma estratégica após 2010, quando a patente do laboratório Pfizer sobre o medicamento expira, e produtos genéricos nacionais adentram ao mercado.

Contudo, antes da era Viagra®, como a mídia, pelo olhar da Revista *Veja*, “percebe” o homem? Em 1996, uma capa da Revista *Veja*<sup>172</sup> (“A angústia do macho. Inseguro diante da mulher, preocupado com a forma física e o desempenho sexual, o homem está acuado” (Figura 45) propaga discursos sobre a “crise de masculinidade”, ao menos na classe média leitora da publicação<sup>173</sup>, os quais manifestam-se em várias esferas da vida do homem: desde a busca pela beleza à saúde, passando pela preocupação com a sexualidade, pois, segundo o discurso, os homens “querem melhorar sua *performance* sexual porque não estão dando mais conta do recado” (p. 74). A impotência é citada como um dos resultados de “*stress* e ansiedade” e destaca, por meio de uma pesquisa feita na clínica de um andrologista, que 65% dos homens consultados preferem substituir a ejaculação pela ereção, e a narrativa finaliza: “Os homens, às vezes, parecem ter um sentido estranho de cumprimento do dever” (p. 75).

---

<sup>172</sup> Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1428, p. 70-77, 24 jan. 1996. Os dados descritos foram coletados pela autora, a partir da análise de todas as capas da publicação periódica e feita uma categorização por meio dos principais temas abordados nas matérias, no recorte temporal de 1989 a 2018. Os periódicos estão listados nas Fontes.

<sup>173</sup> Kelma Jucá (2005, p. 85) relata contato com a Editora Abril, em 2004, e descreve o seguinte perfil do leitor de *Veja*: “total estimado de leitores: cerca de 5 milhões (em média, 4 leitores por exemplar); carteira de assinantes: 940 mil; 52% dos leitores são mulheres; 68% (3.415.000) dos leitores pertencem à classe A e B; 47% dos leitores têm entre 20 e 39 anos; 55% dos leitores têm nível superior”;

Figura 45 – Capa Revista *Veja*, 1996.



Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1428, 24 jan. 1996, p. 70-77.

Os discursos nessa matéria pontuam que o homem ainda se percebe como um “macho fracassado” diante de uma mulher, que, em seguida aos anos 60, usufrui livre e ousadamente de suas conquistas no trabalho, independência financeira e até a divisão mais equilibrada da rotina doméstica. O seguinte discurso revela: “Ninguém duvida que o feminismo bateu duro nos homens. É verdade que eles mereciam – e muito. Mas o choque foi grande demais. Agora, parece que os homens estão acordando do nocaute” (p.75). Em outro exemplo discursivo, um psiquiatra (que posteriormente será um líder de opinião de Viagra®, patrocinado pelo laboratório Pfizer<sup>174</sup>) afirma que os homens “em grupos de terapia falam até sobre tabus masculinos como dificuldades de ereção e de ejaculação” (p.76). E, continua na descrição de uma lista de angústias masculinas: “[...] tamanho do pênis, medo da homossexualidade, o pavor de falhar, o medo da mulher que toma a iniciativa e a crença de que o homem é responsável pelo orgasmo feminino” (p.76). Nota-se que há algumas ausências discursivas: sexualidade feminina, tratamentos não psicoterápicos para a impotência, o homem inserido no contexto de vivência do casal ou familiar, o prazer no sexo, além de imagens de corpos masculinos em expressão de júbilo e felicidade.

Por sinal, o discurso imagético na capa da publicação destaca o torso nu, bem torneado e atlético, de um homem entre 30 e 40 anos de idade. Sua expressão facial,

<sup>174</sup> Informação autoral, constatada durante o período em que a autora trabalhou no laboratório Pfizer.

semiobscurecida, sem a visualização do olhar, manifesta preocupação, distanciamento e angústia. Para a mídia, este homem pode ser a representação do leitor da revista, e é “percebido” de forma paradoxal: por um lado, sua masculinidade corporal é exuberante, mas, por outro, expressa um fracasso pessoal solitário. Infere-se que a “revolução da sexualidade” engatilhada pela “pílula azul”, eficaz e prática no uso por via oral, irá encontrar este homem “angustiado mas, tratando de sair da crise”, de classe média, com poder aquisitivo para consumi-lo, além de receptivo para realizar consultas e até, se necessário, falar de sexo com o urologista (e outros especialistas), andrologista e/ou relatar suas preocupações sexuais ao psiquiatra ou psicoterapeuta.

Nos meses anteriores ao lançamento de Viagra® no Brasil, a edição do mês de abril de 1998 da Revista *Veja*, conforme discutido no capítulo 2, apresenta o produto ao público a partir de sua chegada ao mercado norte-americano. Entretanto, os discursos difundem ainda o termo “antigo” impotência. Para refletir como foi traçado o caminho imagético de passagem da terminologia impotência para disfunção erétil na mídia, vale apresentar três anúncios impressos veiculados na Revista *Veja*<sup>175</sup>, nos anos de 1999 e 2001.

Os anúncios de produtos farmacêuticos de tarja vermelha, como era o caso de Viagra®, naquele contexto temporal, conforme legislação da ANVISA, podiam ser publicados sem a citação do nome do produto, mas com referência à doença e ao laboratório. Vale notar que tais anúncios eram elaborados pela indústria farmacêutica, neste caso, o laboratório Pfizer, com sede em São Paulo (SP). Para o processo de criação, em especial, no caso de Viagra®, vários agentes participam: gerentes de produto, diretor de *marketing*, gerentes e diretores médicos, representantes de assuntos regulatórios, publicitários de agência terceirizada e até, eventualmente, o presidente da empresa. Ademais, o laboratório também recebe materiais informativos científicos e publicitários (sobre o produto/doença) da matriz, situada nos Estados Unidos (Nova York) e, também, pareceres científicos de líderes de opinião médica nacional (urologistas, psiquiatras, cardiologistas, sexólogos, andrologistas). Quando anúncios são criados para serem divulgados na mídia impressa, como neste caso, na Revista *Veja*, o laboratório contrata uma agência de publicidade para formatar e

---

<sup>175</sup> Fontes: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1582, 27 jan. 1999, p. 133; VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1584, 10 fev. 1999, p. 64; VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1688, 21 fev. 2001, p. 38-39.



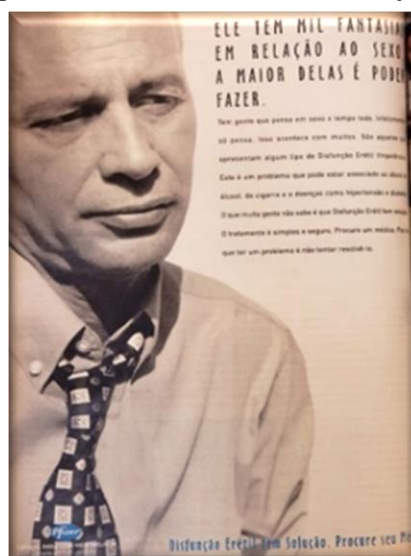
adequar o conteúdo textual e de imagem frente aos objetivos explicitados pela equipe do laboratório. Também são feitas, pelo laboratório, pesquisas prévias de mercado (“*Focus Group*”), em São Paulo e outras cidades, para conhecer o entendimento/dúvidas/opiniões positivas e negativas sobre a doença e seu tratamento de grupos de pessoas escolhidas de acordo com os públicos-alvo do produto (médicos urologistas, homens e mulheres de faixas etárias acima de 40 anos, por exemplo). Dessa discussão, advêm informações básicas para pesquisas de campo mais detalhadas e que, posteriormente, compõem interpretações e práticas estratégicas para posicionar mercadologicamente o produto para a classe médica e para o público em geral.

Isto posto, as narrativas textuais e imagéticas dos três anúncios foram criadas por um conjunto de informações e conhecimentos prévios, originados a partir de diversos agentes, mas a aprovação final se dá pelos profissionais do laboratório. De acordo com o capítulo 2, uma das estratégias para o lançamento de Viagra® pelo laboratório foi criar uma Campanha Educativa, com o objetivo de conquistar o “formador de opinião” (médicos, urologistas, que tratam pacientes com impotência, por exemplo) e o público-alvo usuário de Viagra®, ou seja, atingir/sensibilizar/informar, por meio da mídia, homens e mulheres na faixa etária acima de 40 anos, naquele contexto temporal.

As narrativas dos dois primeiros anúncios (Figuras 46 e 47), de forma geral, começam nos títulos e nos discursos com a problematização da impotência (nos anúncios 1 e 2 estão presentes ambos os termos: impotência e disfunção erétil (DE)): 1) sensação de medo e de susto; 2) infelicidade e geração de situações desconfortáveis; 3) comunicação deficiente (entre os parceiros), por falta de coragem no enfrentamento do problema; 4) problema comum na vida moderna, associado à ansiedade, depressão, estresse, doenças crônicas e uso abusivo de cigarro e de álcool; 5) incapacidade de viver a relação sexual. Em seguida, há a chamada para a “tomada de ação” do leitor, mediante a solução implícita de um produto que irá resolver a “disfunção sexual” (no anúncio 1: apelo para que a “parceira, mulher” quebre o silêncio com o parceiro e o “estime/convença” a consultar um médico, pois a solução é “segura e simples”; e, no anúncio 2: a partir de agora, a DE tem solução com tratamento, sem mencionar o nome do produto, Viagra®, e convida o leitor para procurar um médico).

Figura 46 – Anúncio 1, Revista *Veja*, 1999.

Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1582, 27 jan. 1999, p. 133

Figura 47 – Anúncio 2, Revista *Veja*, 1999.

Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1584, 10 fev. 1999, p. 64

Figura 48 – Anúncio 3, Revista *Veja*, 2001.

Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1688, 21 de fev. 2001, p. 38-39.

Por outro lado, no anúncio 3 (Figura 48), quase 3 anos desde o lançamento de Viagra®, a narrativa se faz entremeada com resultados positivos, em uma tonalidade muito mais otimista do que os anteriores, em que apresenta a imagem colorida de um casal branco, heterossexual: 1) muitos homens sofrem de disfunção erétil, mas outros querem resolver; 2) muitos já redescobriram a vida sexual (está implícito que são os que fazem uso de Viagra®); 3) os usuários do produto “entenderam” que a DE pode ter repercussão em vários aspectos da vida e do trabalho, “mesmo nos casos mais leves”; 4) o tratamento revolucionário transformou a vida de muitos casais; 5)

chamada para que o leitor tome uma “atitude” e não “perca uma das boas coisas da vida”. E finaliza com o convite ao leitor: “Você também pode ter uma vida sexual melhor. Fale com seu médico”. Nesse anúncio, não há mais a citação do termo impotência.

Na construção da patologização da impotência, conforme já problematizado nos capítulos anteriores, há a ampliação do número de portadores com disfunção ou com dificuldades de ereção, por meio de maior conhecimento científico da fisiologia erétil, promovendo sua restauração ou melhora e, assim, abandona-se o termo impotência, carregado de estereótipos de insucesso e de vergonha, para uma nomenclatura que traz possibilidades positivas de otimismo, de solução e, obviamente, de restauração da masculinidade e da virilidade, por meio do desempenho sexual, em uma expressão de prazer e de felicidade. Esses elementos, ao menos em uma visão mais superficial, podem ser notados na mudança das imagens e dos próprios discursos dos dois primeiros anúncios, em contraponto ao terceiro anúncio. Neste último, as novidades são a cor e a presença do casal: o homem já não está mais solitário e derrotado, mas ao lado da mulher, em uma cena de carinho envolvente (abraço e beijo) com a parceira, expressando alegria, prazer e felicidade. A mulher compartilha com o homem o sucesso da eficácia do medicamento. Aliás, vale atentar que o discurso imagético da Figura 47 dialoga com a imagem do homem, um tanto mais jovem, da capa da Revista *Veja*, de 1996 (Figura 45). A expressão facial de ambos está em consonância com uma possível sensação de derrota e desânimo.

Para uma breve problematização do papel da mulher ao lado do homem, é relevante trazer o estudioso Luis Bonino (2000), psicoterapeuta espanhol, que discute saúde mental e questões de gênero. Este autor insere a discussão de que o masculino e seus valores ainda permanecem como paradigmas de normalidade, saúde, envelhecimento e autonomia e, portanto, permanecem ainda inquestionáveis. O sujeito masculino, na cultura ocidental, é o ator que define, instaura, regulamenta e irradia a “norma” (“é normal aquilo que é como deve ser”, ou seja, o homem) e, desse modo, enquadra a mulher em um desequilíbrio injusto no lugar simbólico da saúde e da doença mental, por exemplo.

Tal narrativa imagética do anúncio da Figura 48 entra em consonância, ao menos parcialmente, com a afirmação de Bonino (2000), em que a construção

patriarcal apresenta a mulher como um ser idealizado, sendo que o modelo de relação com ela se dá no espaço da complementariedade possessiva (a mulher do homem). O centro ativo é o homem (quem a enlaça), e a mulher, o elemento passivo e periférico (a envolvida, a beijada), em uma divisão de papéis ainda bem demarcada.

Um elemento relevante que transpassa a imagem no anúncio da Figura 48 é o prazer. Conforme já discutido previamente, a satisfação do casal entrou em cena no cenário entreguerras, no século passado, para se transformar em um “*leitmotiv*” no período pós-Segunda Guerra. Os movimentos de contracultura dos anos 60 constituíram um dos pontos de divisão marcantes, em que a reprodução se separa definitivamente do prazer no sexo, em um cenário de crescente liberalidade para os relacionamentos intergêneros. Interessante lembrar que Foucault (2018a) aborda em sua obra “*História da Sexualidade: a vontade de saber*”, sobre os dispositivos da aliança e da sexualidade. O primeiro encontra-se estruturado ao redor de um sistema de regras delimitadoras sobre o que é permitido e o que é proibido e tem, entre seus objetivos, a manutenção da rede de relações e da lei que as rege. Para o dispositivo da aliança, o fundamental é o vínculo entre “parceiros com *status* definido”, entretanto, para o dispositivo da sexualidade, cuja articulação se dá entre os parceiros sexuais, “[...] funciona de acordo com técnicas móveis, polimorfos e conjunturais de poder”, é pertinente: as “sensações do corpo, a qualidade dos prazeres, a natureza das impressões, por tênues ou imperceptíveis que sejam” (Foucault, 2018a, p. 116). E, mais: “[...] o dispositivo de sexualidade como nova distribuição dos prazeres, dos discursos, das verdades e dos poderes” (p. 134). Com o discurso imagético no anúncio da Figura 48, poder-se-ia sugerir que o *marketing* farmacêutico “inaugura”, uma mescla de sobreposição dos dois “dispositivos foucaultianos”: o prazer permitido e mediatizado advindo como resultado da farmacologização da sexualidade masculina enquadrado no vínculo de um casal heterossexual. Os corpos se tocando com prazer, ainda timidamente mostrados somente acima dos ombros, representam o dispositivo da sexualidade “que se liga à economia através de articulações numerosas e sutis, sendo o corpo a principal – corpo que produz e consome” (p. 116).

Aliás, pode-se traçar um paralelo em que o mesmo sentido vetorial de discurso é difundido para a classe médica, em especial para os urologistas, por meio das Ajudas Visuais do medicamento (vide subcapítulo 3.2). E, mais ainda, por meio dos discursos médicos nos congressos que começam gradativamente a incorporar a

sexualidade masculina e a feminina. Contudo, os discursos midiáticos, por sua natureza, são muito mais incisivos, diretos, chamativos do que os médicos, estes últimos, mais técnicos, contidos e discretos.

Em março de 2001, a Revista *Veja*<sup>176</sup> (Figura 49) publica a matéria de capa, intitulada: “O Brasileiro diz que é feliz na cama, mas debaixo dos lençóis...”. A maior parte dos discursos nela contidos são os resultados do “Estudo Vida Sexual do Brasileiro”, comentado no subcapítulo 3.2. Lembrando que tal estudo foi realizado por uma equipe do Programa de Estudos em Sexualidade<sup>177</sup> (ProSex), coordenado pela psiquiatra e líder de opinião do Viagra®, Carmita Abdo, sob o patrocínio direto do Laboratório Pfizer. Tão logo os primeiros dados epidemiológicos foram processados pela estatística, o *marketing* farmacêutico tratou de difundi-los na mídia.

Figura 49 – Capa Revista *Veja*, 2001.



Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1692, 21 mar. 2001, p. 116-123.

Por sinal, o discurso imagético da capa posiciona a figura de um homem jovem, sorrindo, somente de cueca, deitado, relaxado, debaixo de um sutiã, que veste parte do tronco feminino. Os corpos são mostrados e interagem no sentido metafórico de que o corpo masculino está minúsculo e “contido” no corpo feminino, ou seja, questiona-se: “a sexualidade feminina envolve e “domina” a sexualidade masculina?”

<sup>176</sup> Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1692, 21 mar. 2001, p. 116-123.

<sup>177</sup> Serviço do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

As chamadas numéricas são diretas e exibem dados negativos: “47% não sentem vontade de fazer sexo”; 30% das mulheres não têm orgasmo”; “47% dos homens sofrem de algum grau de impotência”; “57% têm ou tiveram ejaculação precoce” e “25% dos casados traem a mulher”. A “vontade de saber” sobre sexo é incitada por narrativas que mostram os distúrbios sexuais, pois o público leitor tem maior probabilidade de se identificar, ao menos com uma das informações destacadas.

Novamente, dentre as narrativas, destacam-se as que abordam o papel do homem na relação da parceira com o prazer: “62% dos homens demonstram grande preocupação em satisfazer suas parceiras [...]. Uma interpretação possível para tais cifras é que elas espelhariam uma mudança de comportamento significativa, fruto da liberação sexual dos anos 70, quando as mulheres começaram a exigir mais prazer na cama e os homens aprenderam que não bastava ir direto ao X, que antes havia um ponto G (o do orgasmo feminino, lembra?” (p. 118). Mais uma vez, o discurso trata de justificar a busca do prazer do homem através da parceira, em uma citação exclusiva da relação heteronormativa.

Em outro ponto da matéria, o discurso segue pela justificativa dos fatores que seriam inibidores da libido feminina (“35% das mulheres não sentem nenhuma vontade de ter relações”) (p. 118), além das limitações físicas e baixas de hormônios, o discurso destaca uma “questão cultural” (p. 118), em que a mulher se angustia devido à impossibilidade de alcançar um padrão corporal ideal e altamente erotizado privilegiado e difundido pela mídia. Em decorrência disto, o desejo é reduzido paulatinamente, até se extinguir ou se expressar por meio de neuroses. Ademais, os discursos seguem na direção do masculino: “por medo de perder a ereção na hora H assombra 54% do universo masculino. [...] Disfunções como ejaculação precoce e impotência afetam grande parte dos brasileiros. [...] Cerca de 40% dos homens entre 30 e 50 anos apresentam algum grau de impotência. Muitos casos, tem fundo psicológico e estão ligados a stress e depressão. A partir dos 50 anos, os fatores físicos costumam estar na origem das disfunções eréteis” (p. 119). Desta maneira, os discursos midiáticos expressados, em grande parte pelos médicos entrevistados líderes de opinião, mostram uma “explosão de saberes sobre sexualidade do corpo-espécie”, mas, também, relacionam indiretamente a melhora ou a correção da impotência/disfunção erétil com a sexualidade feminina, no quesito geração de prazer. O entrelace das sexualidades masculina e feminina transpassa pelas narrativas e

torna uma dependente da outra na geração de insatisfação e baixa *performance* sexuais. A matéria finaliza: “a conclusão é que há milhões de brasileiros que não usufruem integralmente de sua sexualidade” (p. 122). Apesar de que, no conteúdo narrativo, o medicamento Viagra® não é citado, o discurso é subliminarmente direcionado para a farmacologização, caracterizada por um “medicamento de estilo de vida” promotor do prazer sexual desejado pelo casal, conforme já explicitado anteriormente.

Na Edição Especial Homem da Revista *Veja*<sup>178</sup>, de 2003, chama a atenção os discursos repletos de dados ilustrados sobre sexo, com ênfase na satisfação, fisiologia e anatomia do pênis e desempenho erétil, além de informativos detalhados sobre os medicamentos para disfunção erétil disponíveis no mercado (Figura 50).

Figura 50 – Matéria da Revista *Veja* – Edição Especial Homem, 2003.



Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1826A, 29 out. 2003, p. 59.

Em paralelo à mídia, os discursos médicos urológicos também são gradativamente construídos pelo *marketing* farmacêutico e pelos congressos médicos, no sentido de apresentar, discutir, comparar o arsenal de tratamentos para a disfunção erétil. E, a cada concorrente de Viagra® que adentra no mercado, novas ondas discursivas são produzidas, provocando uma espécie de movimentos acumulativos, sobrepostos de discursos sobre sexualidade e disfunção erétil.

<sup>178</sup> Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1826A, 29 out. 2003, p. 59.

O discurso do prazer continua a ser difundido na matéria de capa da Revista *Veja*<sup>179</sup>, em 2005, cujo título é: “Saúde sexual”. Na abertura, há a seguinte narrativa: “Necessidade de prazer. O sexo serve de termômetro para a qualidade de vida. Problemas na cama comprometem a saúde e as atividades do dia a dia. 66% dos homens com algum grau de disfunção erétil. 50% das mulheres com alguma queixa sexual” (p.70). Mais uma vez, a mídia reforça o discurso sobre os “problemas sexuais masculinos e femininos” e apresenta um “teste para tentar medir e entender cientificamente a qualidade da vida sexual de homens e mulheres. [...] o Quociente Sexual” (p. 70), elaborado pelo mesmo grupo ProSex, liderado pela psiquiatra Carmita Abdo. O trecho do discurso a seguir deixa claro o objetivo: “Com o teste, os casais podem analisar a quantas anda sua vida sexual e identificar o que pode ser feito para melhorá-la; [...] e aplicado em todas as consultas médicas” (p. 72 e 74). Nota-se que os discursos buscam reforçar a figura do casal em conjunção com a quantificação da satisfação sexual, peças-chave para a procura pelo urologista e a posterior prescrição do medicamento para disfunção erétil. Ademais, o discurso pontua uma longa lista de benefícios para a atividade sexual: “sexo seguro, frequente e prazeroso pode proteger o coração, evitar a insônia, aliviar o estresse, fortalecer o sistema imunológico, combater a ansiedade, regular o humor, emagrecer e até atrasar um pouco o ritmo do envelhecimento” (p. 74).

O sexo é enaltecido e posicionado como um tipo de “panaceia ideal”, de fácil alcance para todos os males que afligem os corpos humanos no dia a dia. De forma não tão enfática, mas não menos abrangente, os discursos médicos urológicos seguem pelo mesmo percurso, quando da ampliação dos discursos científicos, no sentido da interação com outras especialidades médicas e pela “explosão de saberes”, por meio de discursos inseridos em artigos científicos que posicionam a disfunção erétil como marcador da saúde do homem.

O envelhecimento sexual do homem não está ausente dos discursos e, nessa mesma matéria, é assinalado o lançamento de um medicamento para reposição hormonal, tendo como base o hormônio testosterona, para homens acima de 40 anos. Em 2000, a matéria de capa da Revista *Veja*<sup>180</sup>, “Sexo depois dos 40”, exalta tanto

<sup>179</sup> Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1888, 19 jan. 2005, p. 70-78.

<sup>180</sup> Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1650, 24 maio 2000, p. 118-124.



Viagra®, como a testosterona, para a melhora da vida sexual masculina. Em contrapartida, os discursos médicos e farmacêuticos nos congressos de urologia, de acordo ao descrito, seguem o mesmo sentido, quanto a retardar o envelhecimento e incitar a manutenção de uma vida sexual ativa muito além da idade reprodutiva. O termo andropausa é substituído pela Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino, DAEM, e os congressos de urologia começam a incluir o paciente geriátrico em seus discursos: “O homem idoso: o novo foco dos urologistas”. A testosterona, como hormônio masculino, se transforma em uma espécie de “dispositivo de rejuvenescimento do corpo masculino”, atrelado ao estímulo e obrigatoriedade do autocuidado. Fabíola Rhoden (2011) elabora a seguinte conclusão sobre tal tópico:

Em sintonia com a pregnância do discurso hormonal como fonte explicativa prioritária na medicina desde o século XX, coube à testosterona um papel de destaque já que é o hormônio apresentado como uma espécie de síntese essencial da masculinidade e virilidade. É por meio da configuração de um modelo do aprimoramento externo de si e através do consumo da testosterona que se propagandeará aos homens uma nova capacidade de administração bioquímica do corpo, que lhes garantiria uma fonte inesgotável de renovação da sua própria masculinidade. Pois, como se pôde ver nos discursos que promovem a andropausa, “o homem é mesmo a sua testosterona (RHODEN, 2011, p. 192).

Em consenso com Marshall (2010) e Kaufman *et al.* (2004), pode-se afirmar que o imaginário farmacêutico acaba por incorporar uma orientação para o futuro, ou seja, é construído um otimismo no horizonte, por desenvolver e disponibilizar soluções farmacológicas (medicamentos), interligando pacientes, médicos, pesquisadores e indústria, seja para qualquer problema de saúde. Tal otimismo transforma-se no ponto de inflexão que articula a medicina sexual e a medicina antienvelhecimento. Não é à toa que, nos discursos, há sempre a conexão de sexo (e sexualidade), envelhecimento e qualidade de vida, pois, quanto mais a ciência avança no conhecimento sobre o envelhecimento e as doenças, isto se traduz em um conhecimento da própria vida. Este, por sua vez se interliga com as possibilidades cada vez maiores de intervenções, que geram esperanças em manter o máximo possível a saúde do corpo em um tipo de “estado normal, funcionando e sob controle”. Isto, por conseguinte, afeta e confronta a forma como se “enxerga” o próprio envelhecimento como “normal” e o desejo de como envelhecer.

Entretanto, à medida que o homem é instigado pela mídia a entender melhor sua sexualidade, a conhecer suas disfunções sexuais (disfunção erétil, ejaculação precoce), a falar de seus problemas em privado/público e no consultório médico, além de incluir a parceira em uma “reconfiguração da vida sexual” sob intervenção farmacológica, ele também é compelido a se “metamorfosar” em um “novo macho”. A Revista *Veja*, em uma Edição Especial Homem, de 2004, apresenta, na chamada de capa: “O homem em seu novo papel” (Figura 51).

**Figura 51 – Capa da Revista *Veja* – Edição Especial Homem, 2004.**



Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1868A, 25 ago. 2004, p. 1-76.

Vale introduzir alguns trechos de discursos: “Um dos aspectos que mais chama a atenção é que o novo homem está começando a dar conta das ansiedades dela – a nova mulher” (p. 10); “O machismo perdeu terreno, entrou a delicadeza” (p. 12); “A maioria dos homens quando cumpre essas atividades (familiares) se sente mais viril e [...] melhora a qualidade de vida” (p. 12); “O sexo masculino está obcecado pelo prazer feminino – como se o atestado de sua masculinidade dependesse única e exclusivamente da satisfação de sua parceira na cama” (p. 40); “A responsabilidade pelo prazer feminino é inteiramente da mulher” (p. 40); “É ela que deve explorar sua própria sexualidade, observar os sinais que o corpo dá e auxiliar o parceiro a entendê-la” (p. 40); “Para desvendar os mistérios sexuais femininos é preciso primeiro entender a fisiologia do prazer delas” (p. 40). Portanto, as narrativas frisam e chamam para a mulher a responsabilidade pelo prazer, deixando o homem em segundo plano, e não mais como o protagonista produtor essencial de satisfação sexual feminina.

Conforme tal mídia, o discurso vislumbra o “novo homem” longe da angústia da incompreensão diante da “nova mulher”, dos anos 90, e o reposiciona como um parceiro que se percebe viril nos afazeres domésticos, além de demonstrar preocupação e entendimento mais profundo do mundo feminino e de suas necessidades, especialmente as sexuais. No entanto, o discurso adverte que ele ainda continua em busca de proporcionar prazer à mulher, para exercer plenamente sua masculinidade. Chama a atenção que, para o “novo homem”, não basta apenas conhecer sua própria sexualidade, ele deve desbravar a sexualidade feminina para dar e receber prazer da parceira, sempre pela ótica heterossexual. Para isto, o homem é incentivado à farmacologização da *performance* sexual, seja com Viagra® ou seus concorrentes, pois, sem estes produtos, como exercer sua plena masculinidade sem dar ou receber prazer? A narrativa avança e expressa preocupação com o “efeito placebo” do medicamento: “Quem usa? O homem que quer impressionar a mulher e ter um desempenho sexual acima do usual” (p. 46). Fala-se que há risco de dependência psicológica, porque, para o homem obter uma ereção, ele necessita ter sempre uma “pílula azul” por perto. E alerta que somente deve ser usada sob orientação médica. Diante disso, subentende-se que a farmacologização da função sexual masculina sem prescrição médica (ou seja, a compra espontânea sem receita médica ou via “mercado negro”) é uma realidade. No entanto, nesse âmbito mercadológico, por um lado, os laboratórios são cúmplices silenciosos e, por outro, os médicos são chamados a exercer seu papel de prescritores.

Deve-se destacar que tais discursos, em parte, estão em linha com as narrativas textuais e imagéticas das Ajudas Visuais para os urologistas, criadas pelo *marketing* farmacêutico, apresentadas no capítulo 3: corpos de casais em cenas de discreto erotismo envolvente e cúmplice, com ênfase direta e incisiva sobre o desempenho erétil na geração de prazer do homem sempre ao lado da mulher. A propósito, a imagem do homem da capa da Edição Especial da Revista *Veja*, de 2004, dialoga perfeitamente com as imagens representadas de homens, tanto no anúncio da figura 48, como nas Ajudas Visuais discutidas no subcapítulo 3.2.

Passados dez anos do lançamento de Viagra®, saúde, sexo e medicalização continuam a se articular, como pode ser vislumbrado nos discursos de duas matérias

da Revista *Veja*<sup>181</sup>, de 2008. Na seção das Páginas Amarelas da publicação, o urologista norte-americano, John P. Mulhall, professor e coordenador de pesquisa em medicina sexual e tratamentos para disfunções sexuais da *Weill Medical College of Cornell University*, é entrevistado pela repórter da revista. O discurso introduz: “Ele discorre sobre a relevância do sexo na manutenção da qualidade de vida, os distúrbios que afetam homens e mulheres nessa área e a contribuição dos remédios na felicidade geral quando se está na horizontal” (p. 7). A narrativa do médico segue na reafirmação de que, para se alcançar uma vida saudável e feliz, é imprescindível ter uma vida sexual satisfatória e regular. Os benefícios são muitos: desde a saúde mental, cardiovascular e até imunológica, além de maior longevidade e nível de alegria. O aparecimento de disfunções sexuais é anunciado como o prenúncio de vários distúrbios patológicos e problemas de relacionamento. A disfunção erétil é posicionada como o “canário da mina” de doenças, como diabetes, esclerose múltipla, Parkinson, doença coronária, dentre outras, e enfatiza: “qualidade de vida sexual é um termômetro de bem-estar” (p. 7). No entanto, o urologista alerta que o nível de satisfação sexual de homens e mulheres está baixo, sendo que, no “quesito rigidez, somente 38% dos homens disseram estar completamente satisfeitos com seu desempenho e somente 36% das mulheres expressaram contentamento com a *performance* de seus parceiros” (p. 9). Atenta-se que tais comentários são feitos pelo especialista, mesmo transcorridos 10 anos desde o lançamento de Viagra®. O médico defende o uso de medicamentos para a disfunção erétil inclusive por jovens, para aplacar a insegurança no início da vida sexual, desde que não se produza dependência psicológica.

Em outra matéria, na Seção Especial de 19 de março, cujo título é “A Revolução Azul: Dez anos depois do lançamento do Viagra, a impotência deixou de ser um fantasma masculino”<sup>182</sup>, o discurso segue enaltecendo a “pílula azul”, pois esta livrou milhões de homens do fantasma da impotência e promoveu mudanças radicais no comportamento sexual masculino e feminino. Seu alcance de vendas é alardeado: “mais de 135 milhões de homens em 125 países” usaram Viagra®. A narrativa destaca que os homens se tornaram mais abertos para falar sobre seus problemas sexuais,

---

<sup>181</sup> Fontes: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 2042, 09 jan. 2008, p. 6-9; VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 2052, 19 mar. 2008, p. 94.

<sup>182</sup> Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 2052, 19 mar. 2008, p. 94.

sendo mais fácil para os médicos diagnosticarem diabetes e hipertensão, pois a disfunção erétil pode ser sintoma de ambas. A narrativa sublinha indiretamente que o uso de Viagra®, ou a farmacologização da disfunção erétil, transforma-se na porta de entrada para a saúde do homem.

Nesse recorte temporal, deve-se lembrar que os discursos nos congressos de urologia seguem a mesma direção, especialmente porque, em 2008, foi lançada a PNAISH, conforme já discutido no capítulo 2. A partir de agosto de 2008, é promovida a Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), tendo a disfunção erétil como chamariz para o cuidado da saúde do homem, justamente por ter um discurso científico atrelado ao uso desta como indicadora do aparecimento de doenças crônicas.

Há que se ressaltar que os discursos midiáticos não deixam de ser ecos amplificados dos discursos emitidos e legitimados pela Sociedade Médica (SBU) e pelos líderes de opinião conceituados na academia pela sua experiência e pesquisa. Porém, muitos destes também são transformados em porta-vozes midiáticos e médicos difusores de discursos científicos coproduzidos estrategicamente com os próprios laboratórios farmacêuticos. Os últimos dois exemplos de fontes ilustram e reforçam os anteriores, no sentido de que a conjunção dos dispositivos – sexo/sexualidade, masculinidade, saúde do homem e medicalização – se apresenta na mídia em um formato simplificado, atraente e circular, atravessado pela “vigília da virilidade” reduzida à função erétil. Em convergência com esta proposição, vale incluir a ponderação de Rohden<sup>183</sup> (2012, p. 2650-2651):

A Pfizer também trabalhou no sentido de promover a ideia da disfunção erétil como um tópico aceitável do discurso público, o que levaria a uma maior procura pelo tratamento<sup>30</sup>. Isso só se tornou possível graças à propagação de uma ideia de masculinidade em crise, ilustrada sobretudo com a metáfora da ereção. A noção de que a ereção, símbolo da virilidade e da identidade masculina, é efetivamente instável, sujeita a vários tipos de percalços parece ganhar cada vez mais notoriedade. E é justamente para combater essa falta de controle ou imprevisibilidade do corpo masculino que a indústria oferece um recurso como o Viagra, capaz de garantir a

<sup>183</sup> Seguem as referências bibliográficas incluídas nessa citação: LOE, M. Fixing broken masculinity: Viagra as a technology for the production of gender and sexuality. **Sexuality and Culture**, New York City, v. 5, n. 3, p. 97-125, 2001; 30- LEXCHIN, J. Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction. **PLoS medicine**, San Francisco, v. 3, n. 4, p. 1-4, 2006; 31- GRACE, V. *et al.* The discursive condition of Viagra. **Sexualities**, Los Angeles, v. 9, n. 3, p. 295-314, 2006; 32- VARES, T.; BRAUN, V. Spreading the word, but what word is that? Viagra and male sexuality in popular culture. **Sexualities**, Los Angeles, v. 9, n. 3, p. 315-332, 2006.

expectativa de uma performance sempre melhor<sup>3,31,32</sup> (ROHDEN, 2012, p. 2650-2651).

Por fim, deve-se ressaltar que, ao discurso sobre sexo, acopla-se fortemente o tema sobre qualidade de vida. Esta deve ser almejada como obrigatoriedade para ambos, homens e mulheres. Interessante observar como o vocabulário, tanto nas narrativas médicas como nas midiáticas, segue em direção ao individualismo. O homem ou a mulher necessitam de se satisfazer consigo mesmo, ou seja, ficou mais evidente o estímulo e o aumento da autoestima e da busca inerente da satisfação com a relação sexual.

#### 4.2 Ideais de saúde e virilidade como mercadorias

Quatro anos após a “pílula milagrosa” começar a ser prescrita e utilizada no Brasil, a mídia, por meio da Revista *Veja* (Figura 52), anuncia na matéria de capa sobre os “super remédios”, afinal, se “Química é dinheiro” (p. 96):

Uma das estrelas mais faiscantes dessa constelação é o Viagra, que livrou os homens do pesadelo da impotência sexual. A operação para criar o Viagra é um exemplo de como um grande laboratório – no caso a Pfizer - mobiliza mundos e fundos para lançar um super-remédio. [...] O resultado superou todas as expectativas. Só no ano passado o remédio rendeu a seu fabricante 1,3 bilhão de dólares. [...] O Viagra é uma mina de ouro, representou um tremendo avanço médico e também operou uma mudança radical no terreno do comportamento” (Revista *Veja*, 2002, p. 94).

Figura 52 – Capa da Revista *Veja*, 2002.



Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1766, 26 jun. 2002, p. 94-101.

Passados mais seis anos desse discurso, outro celebra os dez anos do medicamento: “O capitalismo é mesmo um ótimo afrodisíaco”<sup>184</sup>. Nestes exemplos discursivos, nota-se que a valoração do medicamento segue para além do tratamento médico da impotência: ele situa Viagra® como uma mercadoria altamente consumida e, por isto, geradora de cifras altíssimas de lucro para seu fabricante. Sexo, saúde do homem e capital se entrecruzam por meio da medicalização. Nessa conjunção, é importante lembrar que os estudos de Foucault (1977, 1979, 2002, 2010, 2018a) contribuem para a percepção e conclusão de que, desde o estabelecimento do biopoder nas sociedades ocidentais, a indústria farmacêutica teve as condições necessárias para florescer. Ele foi o elemento básico para o ascenso da ciência farmacêutica. Logo, conforme problematizado anteriormente, o biopoder, na atualidade, desde o pós-Segunda Guerra, se expressa para muito além do Estado, ou seja, através da mídia, medicina e da interconexão da indústria farmacêutica com ambas.

Uma reflexão inicial: se Viagra® transforma-se em “uma mina de ouro”, será por que a adesão voluntária à medicalização se sobrepôs à óbvia imposição médica de um tratamento para uma doença? Vale trazer algumas considerações inspiradas em Foucault, advindas de seu artigo “Crise da medicina ou da antimedicina” (2010), quando ele se refere ao fenômeno da “medicalização indefinida”. Ele discute que a medicina, no século XX, deixou de ser exercida somente no seu espaço tradicional, ou seja, sua demanda originava-se do sofrimento, da dor, dos sintomas e/ou da doença do paciente. A medicina atual, segundo o filósofo, vai muito além desse âmbito e se impõe ao indivíduo como “ato de autoridade”. Ele cita a “política sistemática e obrigatória de *screening*, de rastreamento de doenças na população, que não responde a qualquer demanda do doente” (Foucault, 2010, p.180). Acrescenta que, de maneira geral, a saúde foi transformada em “objeto de intervenção médica” (p.181). E segue:

De fato, a medicina de intervenção autoritária em um campo cada vez mais amplo da existência individual ou coletiva é um fato absolutamente característico. Hoje a medicina está dotada de um poder autoritário com funções normalizadoras que vão bem além da existência das doenças e da demanda do doente (FOUCAULT, 2010, p. 181).

---

<sup>184</sup> Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 2052, 19 mar. 2008, p. 94.

Mediante tais citações, pode-se perceber que, quando se olha para o objeto dessa pesquisa, isto é, a interconexão de três dimensões: medicina, mídia e indústria farmacêutica sobre a farmacologização da sexualidade masculina, os discursos médicos e midiáticos, em parte significativa, confluíram no despertar do “cuidado com a própria saúde”. De certa forma, impulsionaram o público-alvo (homens impotentes ou com desejo de melhora do desempenho sexual) em um sentido “voluntário” para o consultório do urologista, que tomou para sua especialidade a responsabilidade sobre a saúde sexual e geral de corpos masculinos.

Em uma narrativa de um filme criado pela Agência Zero11, veiculado na TV, para o laboratório Pfizer, inserido na Campanha Educativa sobre impotência, em 2001, o ator Nuno Leal Maia expressa um discurso que dialoga com o acima descrito:

Falar de desempenho sexual é muito fácil quando tudo tá legal. Mas e quando você está estressado e as coisas não vão bem? Já passei por isso e sei como um homem se sente. Foi conversando com um médico que eu descobri um tratamento simples e seguro. Agora eu fico imaginando quanta gente tá deixando de aproveitar melhor a vida por falta de informação. Melhorar o desempenho sexual faz parte de uma vida mais saudável. A saúde sexual é importante para a qualidade de vida. Procure um médico (Agência Zero11. Filme “Depoimento de Nuno Leal Maia, Campanha Viagra, 2001).

O termo autoritário foucaultiano soa um tanto exagerado e até deslocado para a construção de uma espécie de “fronteira urológica de biopoder”, negociada entre o paciente que deseja a resolução de seu problema sexual instigado por discursos midiáticos e o médico que exerce sua autoridade pelo saber e prescrição, sob certo biopoder farmacêutico. Para exemplificar: as Campanhas Educativas, tendo a qualidade de vida como alvo inicial, foram elaboradas sob um crivo mercadológico farmacêutico, tanto para médicos, como para o público em geral, e tornaram-se ferramentas para mostrar didaticamente os riscos de uma vida não saudável (estresse, tabagismo, alcoolismo, ansiedade, doenças crônicas, envelhecimento etc.). O sexo, na sua ausência ou traduzido por baixa *performance* masculina, é revelado discursivamente como o principal “risco” para a saúde. Por sinal, a literatura (MARTINS; PEIXOTO JUNIOR, 2009; VAZ, 2002) tem discutido a grande relevância do conceito de risco permeado nas diversas práticas cotidianas. Por vezes, o risco joga com elementos de subjetividade e acaba se transformando em gatilho para escolhas de como se deseja viver e se cuidar (MARTINS, 2009).



Para exemplificar como o “risco de ter dificuldades de ereção” prejudica a qualidade de vida, segue o discurso proferido pelo ator e cantor carioca, Evandro Mesquita, de um filme elaborado pela Agência Zero11 para o laboratório Pfizer, inserido na Campanha Educativa sobre impotência, veiculado na TV, em 2000:

A gente sempre houve que falhar de vez em quando é normal. Só que essas dificuldades de ereção podem acabar comprometendo o relacionamento, o trabalho e toda a nossa vida. É, quando não tinha tratamento, tudo bem. Só que isso já tem solução há mais de dois anos. Eu posso garantir, não vale a pena ficar convivendo com esse problema por falta de atitude. Você também pode ter uma vida sexual melhor. Fale com seu médico (Fonte: Agência Zero 11. Filme “Depoimento de Evandro Mesquita, Campanha Viagra, 2000).

Ainda, cabe questionar se os valores e benefícios do produto contidos nos discursos médicos e midiáticos disseminaram biopoderes inseridos em diversas dimensões: na patologização da impotência, na mudança de terminologia da doença, na redução e simplificação da sexualidade masculina, na reformatação da masculinidade e nos ideais eretocêntricos de virilidade e de saúde do homem? Possivelmente, a resposta é positiva, pois, paulatinamente, é arquitetada uma convergência de ideais, valores, desejos e produtos, sendo que a saúde se transforma nestes últimos dispositivos. O corpo masculino torna-se o meio e o fim do consumo, tendo a medicalização, por exemplo, como um dos dispositivos, ora como necessidade, ora como “barganha”, para se alcançar uma saúde perfeita, talvez utópica.

Para problematizar a relação saúde, virilidade, ideais e consumo, seguem alguns autores que discutem aspectos dessa interconexão pós-moderna. Segundo Caliman e Tavares (2013), certos constituintes do biopoder moderno têm produzido intensas modificações nas sociedades. Por exemplo, para Bauman (1998), tais alterações nas últimas décadas têm sido decorrentes de transformações políticas, econômicas, éticas e sociais. Ele destaca que, se no passado, era o Estado que proporcionava as cadeias de seguro e proteção, agora a privatização toma conta dessa dimensão (CALIMAN; TAVARES, 2013). A pós-modernidade busca, por um lado, desejar a liberdade, mas também suscitar de incerteza, volatilidade e medo do risco da escolha.

Desde as últimas décadas do século XX, a economia tem se tornado cada vez mais global e mutável, sendo que o capital de risco transita por quase todos os países, com o objetivo de conquistar o lucro (LANDRY; MACLEAN, 1996). Ora, o segmento farmacêutico é espaço aglutinador de grande capital e, por isso, gerador de lucro. A mudança na economia se estabelece sobretudo na gradativa substituição da produção de produtos, com base em matérias-primas, por uma economia diversificadora e flexível, centrada na geração de conhecimento e informação (LANDRY; MACLEAN, 1996). Dessa forma, os autores citados afirmam que o capitalismo não está em declínio, pelo contrário, há um reaquecimento do capital, onde o mercado engloba todas as instâncias da vida social e “tudo” pode ser consumido/comprado. A vida contém, desta forma, inúmeros aspectos, que já são ou se tornam “mercadorias potenciais”, e o discurso produzido invade quase todos os espaços objetivos e subjetivos da vida, onde é possível identificar as ações e práticas relacionadas à “saúde” (LANDRY; MACLEAN, 1996). Conforme já citado, a saúde sexual tornou-se parte do discurso disseminado por um agente mundial representativo de biopoder, a OMS, a partir da década de 70. Logo, a saúde integral necessita do sexo para além da reprodução, ou seja, o exercício da sexualidade requer o prazer e a satisfação; esses últimos são elementos subjetivos, incluídos subliminarmente.

De acordo com Bell (2011), a saúde tem se transformado em uma mercadoria, a qual “todos” podem obtê-la mediante um preço, e isto é resultado de manipulações de grupos econômicos de diversos setores (como o farmacêutico, o médico) em uma economia de livre mercado. Interessante apresentar a hipótese descrita por Bell (2011), de que as populações ocidentais – sob os cânones econômicos do capitalismo – vivenciam o consumismo em saúde pessoal, como a medicalização, mas, também, introjetam a crença de conviver com um estado de “risco permanente”. Como problematizado no início, a estratégia mercadológica de lançamento de Viagra® soube utilizar, por meio de dispositivos de “Campanhas Educativas”, o estado de “risco” em uma focalização deste sobre o desempenho sexual masculino. A virilidade, representada como uma espécie de “ganho/benefício frente ao risco da impotência não medicalizada” foi como que “resgatada na sua essência pós-moderna”, apesar de redutora no seu eretocentrismo, mas expandida para culminar na reformatação de um “novo homem”.

Por sinal, Sant'Anna (2019) comenta no capítulo “Hayek na praia” que o neoliberalismo, além de permear a economia e a política, também adentra em outras esferas da vida do indivíduo, tais como os relacionamentos amorosos, a amizade e os cuidados com a saúde. Indubitavelmente, acrescenta-se que, na era Viagra®, o sexo/sexualidade penetra com toda a força de bilhões de dólares no radar neoliberal.

O sociólogo alemão Ulrich Beck (1992a) afirma que houve um rápido e amplo salto de desenvolvimento tecnológico para dominar a natureza (o mundo), que produziu a chamada “sociedade de risco”. Segundo o autor, a prosperidade e riquezas produzidas começam a gerar uma consciência na sociedade moderna, mediante a existência de limitações nesse ascenso, ao que parece, infinito. E, a reflexão sobre elas se dá por meio de um processo denominado “modernização reflexiva”. Por mais paradoxal que seja, o conhecimento produz, segundo Beck (1992a, 1992b), a incerteza em todas as esferas da vida na sociedade, e esta se organiza ao redor do gerenciamento, controle e distribuição de perigos. A interação de uma “sociedade de risco” com uma ideologia capitalista (neoliberal) cria uma base fecunda, para que os indivíduos sintam um senso de responsabilidade pessoal pelo cuidado de si, por sua identidade e pela manutenção de sua saúde. Em diálogo com Sant'Anna (2019) e Sfez (1996), vale comentar que a medicina caminha em um movimento de “envolvimento tentacular” sobre a saúde do indivíduo, no sentido de assediá-lo para realizar um monitoramento preventivo (com campanhas e *checkups* regulares), o que reforça, segundo Sant'Anna, a criação de uma relação com o

corpo de autovigilância contínua e desconfiança eterna”. Além disso, na medida em que o ser humano é considerado uma empresa e um capital, tudo nele deve abrir-se ao mercado, incluindo seu sexo e suas emoções. Tudo pode ser vendido nesse mundo de liberdade neoliberal (SANT'ANNA, 2019, p. 166).

Em conformidade com Lupton (1997, p. 374), os indivíduos utilizam “uma busca contínua de conhecimento para se envolver em autoaperfeiçoamento” e, dessa maneira, “experimentam o eu, o corpo e os mundos social e físico com um alto grau de reflexão, questionamento, avaliação e incerteza” (p. 374). Uma das expressões consequentes dessa reflexividade em ascensão na sociedade é a busca da cultura ocidental de consumo pelos melhores produtos e serviços médicos (BELL, 2011).

Vale tecer um rápido colóquio com a obra de Lucien Sfez (*A saúde perfeita. Crítica de uma nova utopia*, 1996): ele descreve que a Grande Saúde<sup>185</sup> seria atingida quando se retiraria todo o risco de adoecimento do homem, ou seja, a cura seria *a priori* (por meio de uma medicina preventiva universal) e não mais *a posteriori* (terapêutica e ocasional, limitada à demanda para obter alívio ou cura). Entretanto, esse conceito vai muito além, pois, conforme o autor destaca, a Grande Saúde tem por objetivo a base de toda a existência, da percepção e da realidade, ou seja, ela deve atingir o corpo, o indivíduo e o planeta. E mais, ela tem seu poder sustentado pela trinca ciência, biologia e informática. Sfez (1996) considera que as biotecnologias e a publicidade (mídia) têm um papel fundamental na criação e perpetuação da utopia da Grande Saúde. Por sinal, a indústria farmacêutica e a ciência poderiam ser consideradas importantes protagonistas, junto com o Estado, na construção desta Grande Saúde, suportada por uma medicina totalizante, elitizante, cujos custos se tornariam cada vez mais altos, visto que atingiria apenas uma parcela da população com condição financeira para consumi-la. O estímulo para a aquisição da “saúde perfeita” também estaria na base desta, que seria a nova utopia na pós-modernidade. Em consonância, poder-se-ia refletir que a direção da construção discursiva do “imaginário farmacêutico” seguiu na busca utópica do “sexo perfeito”, disseminada com o objetivo de gerar o simples desejo de consumo por uma “pílula azul”?

A criação da cultura do consumo também tem um papel direto no fenômeno denominado de “imperativo da saúde”, em que instituições como o governo e outras agências (como a indústria farmacêutica, sociedades médicas, associações de pacientes de uma doença, planos de saúde etc.) incentivam os indivíduos a se tornarem conscientes e autogestores de sua saúde, promovendo um senso de responsabilidade e autocuidado (LUPTON, 1997).

Quando se adentra em discursos contemporâneos sobre o vocábulo “bem-estar”, Sointu (2005) detecta que tal termo vem carregado de crenças ocidentais, suportadas na valorização da individualidade e autonomia. Pode-se ilustrar, por exemplo, a perseguição pela forma de um corpo com peso normal ou pela virilidade por meio de aperfeiçoamento do desempenho sexual. Desse modo, a cultura do

---

<sup>185</sup> Termo, por sinal advindo de Nietzsche, para se referir ao homem novo que, liberto do dilaceramento vida/morte, atingiria a imortalidade sem mais necessidade de Deus, da moral e da metafísica, em um plano da alma, e não do corpo físico.

consumidor permeia a mercantilização ou consumo da saúde e pode se sustentar pela medicalização da vida cotidiana (BELL, 2011).

Como já descrito, a farmacologização (e a medicalização) pode ser identificada quando ocorre a patologização de situações fisiológicas ou “normais” ou sociais/morais da vida, em uma expansão dos limites da medicina, ou seja, extrapola a doença no intuito não da cura, mas do aperfeiçoamento ou até do controle do comportamento. Em complemento, Rohden (2012, p. 2652) faz a seguinte afirmação: “Poder-se-ia falar de uma medicalização “por dentro” e “para a melhoria”, atrelada à promoção da saúde enquanto valor cultural e bem de consumo”. Destarte, a patologização, por um lado, é um dilatador de mercado e de geração de produtos que aperfeiçoam funções orgânicas que podem falhar na vida cotidiana, mas não necessariamente se transformam em doença e, por outro lado, a farmacologização (mais preciso do que o termo medicalização) de tais “problemas da vida” incitam o consumo farmacêutico na direção de uma “saúde-mercadoria”. Relembrando, e como já analisado, a “criação” da entidade clínica DAEM no envelhecimento, além da própria disfunção erétil, são exemplos típicos de patologização.

Em uma sociedade capitalista, cujo objetivo final é a geração do lucro, quando o indivíduo sensibilizado busca os tratamentos promovidos pela indústria da saúde, pode-se afirmar que as experiências de vida se transformam em “situações medicalizadas”, e a saúde, portanto, é mercantilizada, transformando-se em mais um produto (BELL, 2011).

Ademais, uma das ferramentas utilizadas nesse processo de consumo é o *branding*, ou seja, um conjunto de práticas e técnicas para construir e gerenciar as marcas das empresas, realizado pela área de *marketing*. Parry (2003) comenta que os profissionais de marketing na indústria farmacêutica têm construído “marcas”, no sentido de “criá-las” para uma doença ou condição em que um determinado produto ou medicamento é capaz de tratar. O autor menciona, justamente, o exemplo da disfunção erétil (DE), utilizada pela Pfizer desde seu lançamento nos EUA. Ele afirma que, nesse país, a personalidade da marca expressa pela sigla DE (disfunção erétil) – simples, discreta e empoderada, sem o estigma do antigo termo, impotência – foi um exemplo de alinhamento ideal com o produto Viagra®, apresentando-se como uma “solução elegante e efetiva para a redefinição desta condição” (PARRY, 2003, p. 46). Sem dúvida, estes “atributos de marca” foram minuciosa e estrategicamente pensados

e executados pelo laboratório, com o objetivo final de agregar o maior valor e representatividade possíveis ao produto e torná-lo vendável, consumido, trazendo de volta, por conseguinte, o lucro tão ansiado pelos acionistas da corporação.

O consumismo médico/farmacêutico pode ter a capacidade de impactar esferas sociais maiores, pois produz uma distorção da medicina como um “bem social”, no sentido de que se pode comprar ou vender como qualquer mercadoria (BELL, 2011). Por exemplo, o consumismo cria e fomenta a responsabilidade individual de autocuidado pela saúde, em um movimento de compra de produtos e serviços que são julgados como certos e necessários. A questão que se coloca é: a acessibilidade a esses bens de consumo médicos/farmacêuticos é limitada, em uma geração de distorção social com estratificações e marginalização de camadas da população que não tem condições financeiras de entrar nesse “ciclo de consumo médico/farmacêutico”? Viagra®, como produto original até a “queda da sua patente”, em 2010, é exemplo de um bem de consumo de alto custo, dirigido à uma parcela da sociedade com poder aquisitivo de comprá-lo, ou seja, a classe média leitora de uma mídia como a Revista *Veja*. Entretanto, não é desconhecido que o “mercado negro da pílula azul” (BRIGEIRO; MACKSOUND, 2009), com preços bem abaixo do mercado, permaneceu como realidade durante vários anos após seu lançamento no país.

Em confluência com algumas ideias foucaultianas expostas sobre o biopoder junto com a saúde, ambos acoplados ao delineamento de características neoliberais na atualidade, como a mercantilização (BELL, 2011) e o “imperativo da saúde”, além do aparecimento das “sociedades de risco” (LUPTON, 1997) no mundo pós-moderno pensado por Bauman (1998) e Sfez (1996), pode-se considerar certos constituintes, que transitam através do triângulo Estado, sociedade e indústria farmacêutica. Por exemplo, a busca pelo autocuidado em uma esfera de gerenciamento permanente do risco se expressa nos âmbitos social e cultural, por meio do “saudismo” (*healthism*), ou seja, a obsessão pela saúde e, incluído neste, o fenômeno do *bodyism* (práticas para manutenção de uma aparência física saudável) (CALIMAN; TAVARES, 2013).

O indivíduo, mediante a conjuntura de se manter constantemente alerta aos perigos e incertezas de um mundo neoliberal repleto de escolhas consumistas, é instado, pelo triângulo acima citado, ao menos em parte, a transformar-se no empreendedor/cuidador de seu próprio corpo. E a indústria farmacêutica – ao lado da medicina –, por meio da medicalização/farmacologização, é uma das protagonistas

da promoção hedonista e mercantilizada da saúde geradora do cuidado de si. Contudo, é importante acrescentar algumas reflexões sobre um último questionamento: qual é a virilidade ideal construída pelo *marketing* farmacêutico promotor de uma mercadoria, a “pílula azul”, desejada pelo homem impotente ou não (e até pela mulher para seu parceiro)?

Novamente, vale inserir uma breve citação sobre o corpo, pois, conforme já discutido em capítulos anteriores, ele também está em íntima relação com a representação da virilidade. De acordo à menção e problematização sobre autores referenciais a respeito da corporeidade – Courtine, Moulin e Sant’Anna –, pode-se teorizar: à medida que o corpo é representado por signos/símbolos que exprimem saúde, o binômio ideal saúde-corpo é criado e transformado em bem de consumo a ser conquistado, investido e mantido, com a finalidade de dele emanar o prazer e a felicidade. E, repete-se: o corpo se transmuta no lugar onde o sujeito deve parecer saudável (MOULIN, 2009). Em complemento, Lima e Rivemales (2013) afirmam:

O corpo é tudo aquilo que somos, mas também aquilo que nos escapa que nos ultrapassa, que não nos pertence. É nele que marcas/símbolos culturais são inscritos e funcionam como um modo de classificar, agrupar, ordenar, qualificar e diferenciar, posicionando de diferentes modos os sujeitos na escala social e determinando quem pertence ou não a certas classificações de corpo: magro, alto, belo, branco, jovem, heterossexual, saudável, entre outros (LIMA; RIVEMALES, 2013, p. 154).

Para o filósofo e sociólogo francês Jean Baudrillard (1991), em sua obra “A sociedade de consumo”, o corpo passou por um longo processo de sacralização, ou seja, do *corpo funcional*, deixando de ser “carne”, sob o âmbito religioso, mas também como força de trabalho, na esfera industrial, para recuperar sua materialidade (ou a sua “idealidade visível”, p. 139), como “objeto de culto narcisista ou como elemento de tática e de ritual social – a beleza e o erotismo constituem dois motivos condutores de grande importância” (p. 139). E arremata: “a sexualidade juntamente com a beleza [...], é que orienta hoje por toda a parte a ‘redescoberta’ e o *consumo* do corpo” (p. 141).

Ademais, Baudrillard (1991) reflete que o objeto a ser consumido, mais do que seu valor próprio, embute signos que tornam o indivíduo diferenciado dentro do grupo cujo ideal adquirido o posiciona em um patamar de superioridade. Ou seja, o que se consome são signos e símbolos. Também, o filósofo e sociólogo francês teoriza que,

se no passado, o capital apenas manufaturava mercadorias, e o consumo se dava como finalidade, em tempos contemporâneos, é necessário criar consumidores, ou seja, gerar a demanda. Sem dúvida, as estratégias e práticas via inteligência de *marketing*, por exemplo, na área farmacêutica, são muito mais dispendiosas em relação às das mercadorias.

A “vigilância da virilidade” (MARSHALL, 2009, 2010; ROHDEN, 2011), conforme já discutido, elaborada pelo “imaginário farmacêutico”, com o pioneirismo de Viagra®, lançou a representatividade de um corpo masculino com o “padrão saudável” de uma virilidade, a ser conquistada por meio de uma “droga de estilo de vida”, ou seja, a farmacologização de uma disfunção sexual. Decorridos seis anos da chegada do medicamento no mercado brasileiro, pode-se inferir que tal “modelo corporal e comportamental masculino” a ser consumido já se encontrava definido e difundido, por exemplo, por meio de um filme-propaganda de um minuto, veiculado para a TV (Figura 53).

**Figura 53 – Filme “Expressões Tudo Azul”, 2004.**



Fonte: Agência Zero11. Filme “Expressões Tudo Azul”, Campanha Viagra, 2004. (Música: *Sem pecado e sem juízo*; Compositores: Bernadeth Cidade e Pedro Gomes; Cantora: Baby Consuelo)



Os discursos imagético e musical (trecho da música “Sem Pecado e Sem Juízo”; de Baby Consuelo”) se mesclam e se complementam em mostrar, por um lado, corpos de adultos jovens, saudáveis, pouco vestidos, formando um casal branco, heterossexual, em uma faixa etária ao redor dos 35 anos de idade. Os corpos se entrelaçam e “brincam” em um erotismo suave, inseridos em um ambiente de “luminosidade azulada”, cuja introdução do roteiro se dá por dois passarinhos na janela, que se bicam e depois voam para a cena a ser focada no casal sobre a cama. O corpo masculino, mostrado em sua musculosidade não exagerada, exala virilidade e força para conduzir e ser conduzido no jogo do sexo. A narrativa musical permeia toda a propaganda, como por exemplo no trecho: “Sempre com tudo azul, Adão e Eva e o paraíso. Tudo azul. Sem pecado e sem juízo” [...] Para esse amor superstar, sempre feliz”. Nesse breve exemplo de publicidade, mais do que o produto em si para ser consumido (o comprimido azul de Viagra®, no final), os discursos atravessam signos e símbolos culturais e de ideais de masculinidade, virilidade, corpo, bem-estar e saúde.

Significativo lembrar Badinter (1993), pois, com ela, pode-se identificar três categorias hegemônicas de homens:

- 1 - “homem duro”, em que sua identidade de macho valoriza em demasia o sexo, tendo que provar sua virilidade quase ininterruptamente;
- 2 - “homem suave”, que se identifica com o feminino, cuja sensibilidade se sobrepõe à virilidade, tendo a submissão à mulher uma de suas principais identidades;
- 3 - “homem reconciliado”, está situado na fronteira entre ambas as categorias anteriores: ele é sensível, mas não submisso à mulher, manifesta sua virilidade, por não negar sua força e poder de macho, porém, com “suavidade”, sem enaltecer em excesso o sexo, mas o vivencia em reciprocidade.

Utilizando-se tal autora como inspiração, deduz-se que a representatividade de homem a ser “vendida” pelo laboratório segue na linha do “novo homem”, reformatado com a “revolução cultural de Viagra®”, ou seja, desponta uma espécie de “homem reconciliado e farmacologizado”. Por conseguinte, a virilidade a ser “consumida como mercadoria” está explicitamente construída. O dar e receber prazer como resultado de um casal performático, no exercício de sua plena sexualidade, é o ideal a ser desejado por homens e mulheres. Estes são instados a manter seus corpos saudáveis

e funcionantes, mediante um produto que “farmacologiza” o desempenho sexual masculino conectado diretamente ao corpo feminino, nem submisso, nem dominante, apenas complementar.

Por fim, mediante algumas ideias de Baudrillard (1991), pode-se sugerir que se o corpo tem um poder semiótico como “objeto”, os constituintes discursivos, materiais e comportamentais, aqui exemplificados, acabam por atribuir a ele uma “personificação de saúde”. Na mesma linha de pensamento, um corpo saudável é capaz de “abrigar” uma espécie de “virilidade performática”, que, por sua vez, agrega valor ao corpo. Conclui-se que saúde e virilidade se transformam em um “binômio-bem-de-consumo” indissociável e desejado, conectado ao produto que proporciona tal circuito virtuoso consumista: uma pílula azul em formato de losango, com a inscrição Viagra.

## CONCLUSÃO

A literatura científica em diversas áreas, ou seja, da medicina à psicologia, atravessando a antropologia, sociologia, economia, política, *marketing*, publicidade e semiótica, dentre outras tantas, cria e discute multisaberes<sup>186</sup> sobre a introdução pioneira de uma “pílula azul”, para muito além do tratamento farmacológico da impotência. Indubitavelmente, esse medicamento revolucionou e reconfigurou outros tantos âmbitos nas sociedades e nas culturas, cujo foco não cabe nesta pesquisa.

Trinta anos foram necessários para que a sexualidade masculina, através do dispositivo da medicalização – por via oral – da função erétil, eclodisse definitivamente no radar da ciência, da mídia e da vida pública e privada, desde a introdução da pílula anticoncepcional, nos anos 60. Em 1998, finalmente, a ciência, em conexão estreita com a indústria farmacêutica, oferece ao homem impotente o medicamento Viagra®, cuja promessa, já no pré-lançamento mundial, perpassa pela praticidade de uso, segurança e eficácia maiores do que as terapêuticas disponíveis na época. E o medicamento cumpre seus propósitos iniciais, por meio de resultados clínicos positivos e discursos médico-científicos e midiáticos, disseminados pelas três dimensões: medicina – indústria farmacêutica – mídia. Naturalmente, o nome “Viagra” é incorporado à cultura popular e transforma-se em sinônimo de potência e até de virilidade. Tabus sobre o sexo e as sexualidades masculina e feminina são quebrados em magnitudes e temporalidades diferentes, em uma explosão da “vontade de saber”; porém, respeitando as diversidades culturais e comportamentais dos mais de cento e vinte países<sup>187</sup> onde o produto foi lançado, tanto no Ocidente, como no Oriente.

No Brasil, quando são observados os primeiros sete anos do produto no mercado, nota-se o surgimento de séries de ondas discursivas volumosas, como uma espécie de “*tsunami* da sexualidade”, cujos impactos são sentidos através de remodelações sobre a masculinidade. Aliás, infere-se que, por meio de uma reafirmação da virilidade pautada em um modelo redutor eretocêntrico, torna-se

---

<sup>186</sup> Por exemplo, em uma pesquisa na ferramenta de buscas “*Google Scholar*”, quando se inscreve a palavra “Viagra”, são obtidas mais de 75.400 citações de estudos científicos publicados, em língua portuguesa e inglesa. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=viagra&btnG=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=viagra&btnG=). Acesso em: 22 set. 2020.

<sup>187</sup> Fonte: VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 2052, 19 mar. 2008, p. 94.

possível a reformatação de um “novo homem” após a era Viagra®. Mas os ganhos não foram somente na esfera sexual, pois esta catapultou a entrada do homem no cuidado exclusivo de sua saúde, a partir de um especialista médico, o urologista.

Em vista dessas exposições iniciais, as várias problematizações propostas nessa pesquisa geraram conclusões e considerações pertinentes, enunciadas abaixo, a partir da interconexão de biopoderes entre as três dimensões acima citadas, frente à medicalização/farmacologização da sexualidade masculina, em um recorte temporal de quase 30 anos (1989 a 2018). Vale destacar o ineditismo do diálogo, com fontes médicas advindas de programas de congressos urológicos, consensos, anúncios e de Ajudas Visuais sob a ótica da historicização da sexualidade/masculinidade/virilidade, do corpo, da medicalização, da saúde do homem e da cultura do consumo, acrescida do manuseio crítico de ideias e pensamentos do filósofo francês Michel Foucault. Isso posto, seguem as principais reflexões conclusivas:

- A urologia, como especialidade predominantemente cirúrgica, se transforma e expande seu domínio sobre a saúde do homem, a partir da mudança de terminologias médicas: de impotência, termo carregado de estigmas e tratamentos ineficazes oferecidos pela medicina e psiquiatria/psicologia, para a nova denominação: disfunção erétil (DE). Tal mudança, mais do que trazer a possibilidade da construção de uma “nova entidade terapêutica”, no início dos anos 90, também realoca e amplia o território clínico da urologia e, posteriormente, do próprio laboratório farmacêutico em termos de consumo, com o lançamento de Viagra®. Esse movimento, impulsionado pelos tratamentos predominantemente invasivos<sup>188</sup>, culmina com a descoberta dos efeitos eretogênicos<sup>189</sup> de substâncias injetáveis intrapenianas, nos anos 80 (GIAMI, 2009). Entretanto, a indústria farmacêutica, aqui representada pelo laboratório Pfizer, desenvolvedor de Viagra®, é capaz de se apropriar da nova nomenclatura e criar discursos legitimados pela ciência, no sentido de “patologizar” um “problema sexual” até então sem uma solução simples, indolor e satisfatoriamente eficaz. Também, a medicina, representada aqui pela urologia, em uma explosão da “vontade de saber” foucaultiana, ratifica a

---

<sup>188</sup> Implante de próteses penianas, além do uso de bombas penianas a vácuo que requer, também, pequena intervenção cirúrgica.

<sup>189</sup> Que produz ereção peniana.

complexidade de uma “patologia orgânica” relacionada à potência sexual masculina, tradicionalmente vinculada às causas psicológicas.

- Com o lançamento de Viagra®, a medicina, pelo exemplo da urologia, demonstra habilidades dinâmicas e flexíveis de negociação: absorve e irradia simultaneamente biopoderes com o território farmacêutico. Tais movimentos de dupla via se articulam, se mesclam e se empoderam mutuamente, reforçando signos e símbolos de masculinidade e virilidade. As fronteiras urológicas de biopoder são demarcadas por seus discursos e ações, que se difundem através de congressos médicos, consensos médicos de DE, mídia e eventos científicos patrocinados pela indústria farmacêutica, estabelecendo um circuito virtuoso de práticas e saberes, que se validam e se amplificam sinergicamente. Líderes de opinião, como os urologistas, cardiologistas, geriatras, andrologistas, sexólogos, psiquiatras e psicólogos transitam no território da ciência e da mídia, em parte, reconhecidos por seus pares na academia e/ou na pesquisa clínica da DE, mas, também, em parte, suportados e munidos de saberes estrategicamente produzidos pelo laboratório farmacêutico. Por conseguinte, a ciência, aglutina e legitima todas essas junções produtoras de normalizações e normatizações sobre a sexualidade e o corpo do homem.
- O alcance da medicalização e farmacologização da disfunção erétil, lideradas inicialmente pelo urologista (RUSSO, 2013), agora se amplifica através da medicina multiespecialidade (cardiologia, endocrinologia, geriatria, psiquiatria etc.), já presente nos discursos dos consensos médicos (nacional (1998) e latino-americano (2002)) de disfunção erétil, sob o patrocínio da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e do laboratório Pfizer. Ademais, os discursos na urologia começam a se interconectar com tais especialidades, em uma expansão da citada fronteira urológica de biopoder.
- A partir de 1998, o território da urologia se alarga por meio de diversas interconexões (farmacêuticas, Estado, mídias, SBU, outras especialidades médicas etc.), sendo impulsionada a se apoderar do cuidado da saúde do homem. Desde a década de 90, o cenário nacional e internacional torna-se receptivo e favorável à abordagem mais integral da saúde do homem, a qual incorpora ressignificações do ser masculino. A representação corporativa da urologia se dá pela SBU, que articula interesses de classe, políticos e

econômicos com o Ministério da Saúde, por meio da criação da PNAISH, em 2009. Uma aliança é constituída entre Estado e corporativismo médico urológico, chancelada pela ciência e empoderada pela indústria farmacêutica, cujo objetivo primordial é cuidar da saúde do homem. A impotência é utilizada como uma espécie de “disfunção sexual isca”, para atrair e atingir a resistência do homem em se cuidar.

- A disfunção erétil também se abre para muito além do envelhecimento do corpo masculino que eventualmente “falha”, para torná-lo patologizável em qualquer faixa etária: desde o homem jovem até o idoso. Aliás, como a indústria farmacêutica também o fez, no início do século XXI, na criação de uma “nova entidade patológica”, a Deficiência Androgênica do Envelhecimento (DAEM), por meio da medicalização do corpo masculino com o hormônio testosterona (ROHDEN, 2012). Em consonância com Marshall (2009, 2010) e Rohden (2012), a indústria farmacêutica “criou a patologização do envelhecimento” no quesito desempenho sexual, ou seja, foi construída uma virilidade longa e ininterrupta, que deve ser medicalizada quando da presença de distúrbios orgânicos e doenças crônicas, por exemplo. Contudo, a farmacologização se traduz quando a “pílula azul” é representada como uma “droga de estilo de vida”, para aperfeiçoar a *performance* sexual masculina (também chamada de “uso recreativo”) (MARSHALL, 2006, 2009, 2010) e melhorar a qualidade de vida. Viagra®, desde o seu lançamento, propaga discursos médicos e midiáticos, que atravessam tanto a medicalização como a farmacologização, de acordo às concepções adotadas nesta pesquisa; porém, o predomínio desta última é notório, especialmente nos discursos midiáticos.
- E qual é o perfil do homem, quando Viagra® adentra no mercado farmacêutico, no final dos anos 90? Os discursos midiáticos revelam um homem que, apesar de ainda estar envolto pela névoa da “crise de masculinidade”, trata de se esquivar dela, tendo a coragem de começar timidamente a expor suas dificuldades e disfunções sexuais. No entanto, o faz com a autopercepção de uma virilidade frágil e centrada no desempenho sexual fracassado, diante de uma mulher exigente na experimentação de sua sexualidade, que, posteriormente aos mercuriais anos 60, usufrui livre e ousadamente de suas conquistas no trabalho, formação educacional e independência financeira. Tal

homem branco, de classe média, heterossexual, é preocupado com a forma física e com sua beleza, leitor de uma mídia impressa como a Revista *Veja*, tem poder aquisitivo e receptividade para realizar consultas médicas e até, se necessário, falar de sexo com o urologista, andrologista e/ou relatar suas angústias sexuais ao psiquiatra ou psicoterapeuta.

- Desde o início do trajeto mercadológico de Viagra®, o enfoque dos discursos terapêuticos sobre a disfunção erétil privilegia um olhar médico organicista sobre o corpo do homem, atrelado exclusivamente à função erétil. No entanto, observa-se uma mutação gradativa, com a inclusão da sexualidade masculina, além de uma revisitação ao enfoque psicoterápico. Aliás, a psiquiatria e sexologia oferecem mais do que saberes sobre a sexualidade masculina, ou seja, incluíram a parceira, a mulher, em um contexto heteronormativo. Há que se considerar que os discursos sobre a sexualidade feminina ressurgem, nesse contexto da era Viagra®, interligados quase exclusivamente à disfunção erétil. Já o prazer vinculado ao desejo passa a ser atrelado ao casal que vivencia sua sexualidade, através de imagens de corpos que se tocam e exprimem felicidade e satisfação. Os discursos médicos e midiáticos, portanto, direcionam o homem a ir além do prazer para si, e o coloca frente a frente com uma mulher, cada vez mais liberada e exigente por dar e receber satisfação sexual.
- O urologista é munido pela indústria farmacêutica de saberes fisiológicos e sexológicos, mas, também, é “ensinado didaticamente” a dialogar clinicamente com o paciente que o procura no consultório. Ademais, o homem é instigado a conversar sobre sua sexualidade com a parceira e com o médico. No entanto, rapidamente, a indústria farmacêutica, representada pelo laboratório Pfizer, detecta ser necessário criar “saberes regionais”, embasados na população brasileira, para suportar, por meio da ciência, os discursos sobre sexualidade. Ela resgata a *expertise* da psiquiatria/psicologia/sexologia, como dispositivo gerador de dados epidemiológicos sobre o corpo-espécie, e os difunde por redes de biopoder urológicas e midiáticas. Observa-se novamente uma espécie de movimento caracterizado como um “retorno pragmático” da perspectiva psiquiátrica/psicológica da sexualidade. São criados os chamados “*tsunamis*” de discursos sobre sexualidade, com ênfase nos dados negativos: a “vontade de saber” sobre sexo é incitada predominantemente por narrativas que mostram

os distúrbios sexuais. Esses discursos se somam aos criados pela estratégia discursiva de *marketing* farmacêutico, denominada de “Campanha Educativa”, tendo a qualidade de vida como alvo. Nesse ponto, ambas naturezas dos discursos convergem para a construção de um “estado de risco”, em que o sexo vivenciado pelo casal branco, heterossexual exclusivamente, na sua ausência ou traduzido por baixa *performance* masculina, é revelado discursivamente como o principal “risco” para a saúde. O sexo é enaltecido e posicionado como um tipo de “panaceia ideal”, de fácil alcance para todos os males que afligem os corpos humanos adultos no cotidiano. E mais, sexo e qualidade de vida devem ser almejados como obrigatoriedade para ambos, homens e mulheres. As narrativas médicas e midiáticas seguem em direção ao individualismo. O homem ou a mulher necessitam de se comprazer consigo mesmo, ou seja, fica mais evidente o estímulo e o aumento da autoestima e da busca inerente da satisfação com a relação sexual. A mulher tende a cobrar mais pelo desempenho sexual do parceiro. Consequentemente, os discursos seguem na direção do vetor da medicalização/farmacologização sobre a disfunção erétil (seja ela orgânica ou psicogênica ou simplesmente eventual), para “anular o risco” da perda de saúde, produzir prazer a dois, e até resgatar definitivamente o homem de sua “crise de masculinidade”, com a manutenção de uma virilidade eretocêntrica, desde a juventude até uma velhice longa. O sexo transforma-se no “gatilho obrigatório e natural” para o saudismo (*healthism*), em que o manejo permanente do risco se expressa nos âmbitos social e cultural, por meio da obsessão pela saúde.

- Segundo Beck (1992a, 1992b), quando a “sociedade de risco”, decorrente da criação incessante de conhecimento, produz um fenômeno chamado de “modernidade reflexiva”, as incertezas vivenciadas no dia a dia geram a necessidade de um gerenciamento constante do perigo ou do inesperado. O resultado de tal processo, ambientado em uma ideologia capitalista (neoliberal), é a criação de um senso individualista de responsabilidade pelo cuidado de si e pela manutenção da saúde. De acordo a Sant’Anna (2019), em um mundo de liberdade neoliberal, tudo pode ser vendido, e se o corpo é considerado uma empresa ou capital, seus constituintes físicos e emocionais transmutam-se em mercadorias. Quando se considera que o corpo é representado por signos que



exprimem saúde, o binômio saúde-corpo passa a ser um bem de consumo desejado, conquistado e mantido, cujo objetivo é gerar e exhibir prazer e felicidade. Por conseguinte, o sexo, legitimado pela ciência, é traduzido e amplificado pelo “imaginário farmacêutico” como vivência necessária e obrigatória para a conquista de bem-estar e qualidade de vida, ou seja, de um corpo saudável. Entretanto, pondera-se que Viagra®, além de um medicamento-mercadoria, é um objeto representativo de signos: torna-se pioneiro em despertar o desejo pelo “sexo perfeito” para se atingir, talvez, uma saúde utópica. Aliás, tal proposta tem inspiração na teoria da Grande Saúde de Lucien Sfez (1996). Nesse sentido, os discursos midiáticos e médicos tocam na essência da masculinidade, ou seja, transformam a virilidade, sintetizada à função erétil, em mercadoria. Pode-se cogitar a gênese de um “ciclo perfeito de consumo”, constituído pela ideação de outro binômio, o da saúde-virilidade: quanto mais o cuidado de si do homem (impotente ou não) é traduzido pela obrigatoriedade da busca e manutenção de uma *performance* sexual utópica e saudável, mais esta se torna inatingível e, então, mais ambicionada para o consumo através da farmacologização. Vale destacar que, 20 anos após o lançamento da “pílula azul”, a mídia, por meio da Revista *Veja* (VIDALE; LOPES, 2019) profere narrativas com o título “Era Pós Viagra”, sobre as novas opções terapêuticas, mas inicia ressaltando o sucesso de vendas do produto, com mais de 3 bilhões de comprimidos azuis “consumidos” no mundo. Interessante notar que o discurso sobre disfunção erétil ainda continua necessário, sendo emitido, em parte, pela mesma liderança médica psiquiátrica<sup>190</sup>, porém, sem o apoio do laboratório Pfizer. Os dados nacionais chamam a atenção para a diminuição da porcentagem de homens com disfunção erétil nos últimos dez anos (de 45,1% para 33,2%), enquanto aumenta a porcentagem de homens capazes de manter uma ereção (de 49,8% para 67,6%), juntamente com a satisfação da vida afetiva e sexual (de 44,4% para 50,8%). Destarte, o panorama da sexualidade masculina – apesar de os dados se mostrarem mais positivos – sinaliza que a virilidade continua a ser objeto de aspiração consumista do homem. Não há dúvida: a utopia da busca de uma “virilidade ideal” não abandonou o imaginário

---

<sup>190</sup> Representada pela Profa. Dra. Carmita Abdo, fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex), do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

masculino, mesmo depois de um comprimido azul em formato de losango invadir e revolucionar a vida sexual de homens e mulheres.

- O anseio de tal virilidade ideal de corpo, com *performance* 100%, sem falhas e másculo segundo os moldes publicitários, indica que o “novo homem” pós Viagra® é reformatado e encaixa-se perfeitamente em uma das três categorias hegemônicas descritas por Badinter (1993), aqui recontextualizada como “homem reconciliado farmacologizado”. Esse homem, “sensível”, insubmisso à mulher e preocupado com sua saúde e autocuidado do corpo, é compelido a manifestar sua virilidade empoderada por um medicamento “de estilo de vida”. Ademais, pode-se considerar que a virilidade se transforma em uma espécie de instrumento de controle e disciplina, ora para a saúde, ora para a doença, além da promoção do autocuidado dos corpos masculinos. A virilidade, alocada como um atributo da masculinidade, é equiparada ao sexo bem-sucedido e gerador de satisfação, bem-estar e qualidade de vida. Assim, a força e poder de macho são perpetuadas através de uma masculinidade que ainda necessita ser provada e sustentada a cada relação sexual por, simplesmente, uma desejada (e redutora?) ereção peniana.

Por fim, sem a pretensão de ter esgotado outras tantas ponderações e questões que ainda permanecem por ser respondidas, desvendadas e/ou rebatidas sobre os objetos propostos nessa pesquisa, pretende-se contribuir para o entendimento social, antropológico e cultural, interconectando virilidade, corpo e saúde do homem. Em vista disso, por meio do diálogo entre os âmbitos da medicina e história, objetiva-se complementar e transcender o conhecimento médico sobre o uso de medicamentos no domínio da sexualidade masculina. Também, outro presumido aporte é fornecer saberes para a construção futura de uma história do corpo masculino medicalizado/farmacologizado.

## FONTES

### I- ACERVOS

#### 1) São Paulo

A) Acervo documental da Seccional São Paulo da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU-SP)

Programações científicas dos Congressos Médicos de Urologia (2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018)

B) Acervo documental da Agência publicitária Zero 11, São Paulo, SP

Ajudas Visuais

Folhetos promocionais

Filmes publicitários

Apresentação em *PowerPoint*

Obras publicadas (autora: Carmita Abdo)

C) Acervo digital da Revista Veja, Editora Abril<sup>191</sup>

Revistas *Veja*

D) Biblioteca Nacional Digital, Brasil (Hemeroteca Digital Brasileira)<sup>192</sup>

Revistas *Realidade*

#### 2) Rio de Janeiro

A) Acervo documental da Sede da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)

Programações científicas dos Congressos Médicos de Urologia (2005; 2007; 2009; 2011; 2013; 2015; 2017)

---

<sup>191</sup> Disponível em: <https://veja.abril.com.br/acervo/#/editions>. Acesso em: 26 out. 2020.

<sup>192</sup> Disponível em: <http://bndigital.bn.br/acervo-digital/realidade/213659>. Acesso em: 26 out. 2020.

B) Acervo documental do Departamento de Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Programações científicas dos Congressos Médicos de Urologia

(1989; 1991; 1999; 1997; 2003)

Consensos médicos de disfunção erétil (1998; 2002)

Guia Prático de Urologia

## **II- PROGRAMAÇÕES CIENTÍFICAS DOS CONGRESSOS BRASILEIROS DE UROLOGIA**

SBU. Programação Científica do XXII Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 1989.

SBU. Programação Científica do XXIII Congresso Brasileiro de Urologia, Recife, 1991.

SBU. Programação Científica do XXVI Congresso Brasileiro de Urologia, Blumenau, 1997.

SBU. Programação Científica do XXVII Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 1999.

SBU. Programação Científica do XXIX Congresso Brasileiro de Urologia, Foz do Iguaçu, 2003.

SBU. Programação Científica do XXX Congresso Brasileiro de Urologia, Brasília, 2005.

SBU. Programação Científica do XXXI Congresso Brasileiro de Urologia, Salvador, 2007.

SBU. Programação Científica do XXXII Congresso Brasileiro de Urologia, Goiânia, 2009.

SBU. Programação Científica do XXXIII Congresso Brasileiro de Urologia, Florianópolis, 2011.

SBU. Programação Científica do XXXIV Congresso Brasileiro de Urologia, Natal, 2013.

SBU. Programação Científica do XXXV Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 2015.

SBU. Programação Científica do XXXVI Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, 2017.

### **III- PROGRAMAÇÕES CIENTÍFICAS DOS CONGRESSOS PAULISTAS DE UROLOGIA**

SBU-SP. Programação Científica do VII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2002.

SBU-SP. Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2004.

SBU-SP. Programação Científica do IX Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2006.

SBU-SP. Programação Científica do X Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2008.

SBU-SP. Programação Científica do XI Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2010.

SBU-SP. Programação Científica do XII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2012.

SBU-SP. Programação Científica do XIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2014.

SBU-SP. Programação Científica do XIV Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2016.

SBU-SP. Programação Científica do XV Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2018.

### **IV- PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS**

REALIDADE. São Paulo: Editora Abril, v. 85, abr. 1973.

REALIDADE. São Paulo: Editora Abril, v. 2, mai. 1966.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1299, 04 ago. 1993.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1428, 24 jan. 1996.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1467, 23 out. 1996.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1540, 01 abr. 1998.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1579, 06 jan. 1999.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1582, 27 jan. 1999.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1584, 10 fev. 1999.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1639, 08 mar. 2000.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1650, 24 mai. 2000.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1666, 13 set. 2000.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1687, 14 fev. 2001.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1688, 21 fev. 2001.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1692, 21 mar. 2001.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1693A, 28 mar. 2001.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1702, 30 mai. 2001.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1714, 22 ago. 2001.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1729A, 05 dez. 2001.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1738, 13 fev. 2002.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1766, 26 jun. 2002.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1826A, 28 ago. 2002.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1792, 05 mar. 2003.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1812, 23 jul. 2003.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1826A, 29 out. 2003.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1837, 21 jan. 2004.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1868A, 25 ago. 2004.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1875, 13 out. 2004.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1888, 19 jan. 2005.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1894, 02 mar. 2005.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1998, 07 mar. 2007.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 2042, 09 jan. 2008.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 2052, 19 mar. 2008.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 2139, 18 nov. 2009.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 2261, 21 mar. 2012.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 2288, 26 set. 2012.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 2308, 13 fev. 2013.

VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 2465, 17 fev. 2016.

## **V- OBRAS PUBLICADAS**

ABDO, Carmita. A Descoberta Sexual do Brasil. Editora Summus: São Paulo, 2004.

ABDO, Carmita. Estudo populacional do envelhecimento no Brasil. Resultados masculinos. São Paulo: Segmento Farma Editores, 2009.

SBU (Sociedade Brasileira de Urologia). I Consenso Brasileiro de disfunção erétil. BG Editora: São Paulo, 1998.

SLAIS (Sociedade Latino-americana para o Estudo da Impotência e Sexualidade). I Consenso Latino-americano de Disfunção Erétil. Editora BG Cultural: São Paulo, 2002.

SBU (Sociedade Brasileira de Urologia). Guia Prático de Urologia, 2003. Editora Segmento: São Paulo, 2003.

## **VI- ANÚNCIOS PUBLICITÁRIOS**

Anúncio Viagra, 1998, publicado na fonte: SBU (Sociedade Brasileira de Urologia). I Consenso Brasileiro de disfunção erétil. BG Editora: São Paulo, 1998.

Anúncio Cialis, 2003, publicado na Programação Científica do XXX Congresso Brasileiro de Urologia, Foz do Iguaçu, 2003.

Anúncio Viagra, 2004, publicado na Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2004.

Anúncio Levitra, 2004, publicado na Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2004.

Anúncio Levitra, 2006, publicado na Programação Científica do VIII Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2006.

Anúncio Helleva, 2007, publicado na Programação Científica do XXXI Congresso Brasileiro de Urologia, Salvador, 2007.

Anúncio Viagra, 2008, publicado na Programação Científica do Congresso Paulista de Urologia, São Paulo, 2008.

Anúncio Helleva, 2009, publicado na Programação Científica do XXXII Congresso Brasileiro de Urologia, Goiânia, 2009.

Anúncio Viagra, 2009, publicado na Programação Científica do Congresso Brasileiro de Urologia, Goiânia, 2009.

Anúncio Cialis, 2009, publicado na Programação Científica do Congresso Brasileiro de Urologia, Goiânia, 2009.

Anúncio Viagra, 2011, publicado na Programação Científica do Congresso Brasileiro de Urologia, Florianópolis, 2011.

Anúncio 1 Viagra, publicado na VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1582, 27 jan. 1999, p. 133.

Anúncio 2 Viagra, publicado na VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1584, 10 fev. 1999, p. 64.

Anúncio 3 Viagra, publicado na VEJA. São Paulo: Editora Abril, ed. 1688, 21 fev. 2001, p. 38-39.

## **VII- AJUDAS VISUAIS**

Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra. Disfunção erétil: questões e verdade, 1998.

Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra. Quando você procura saber se o seu paciente está bem. Pergunte também sobre sua satisfação sexual, 2000.

Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra. O primeiro medicamento a revolucionar o comportamento sexual do homem continua sendo o primeiro, 2003.

Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra. Quando um casal decide ter uma relação sexual, eles não querem esperar, 2004.

Agência Zero 11. Ajuda Visual Viagra. Confiança na potência: o fator mais importante para a satisfação sexual, 2005.

## **VIII- FOLHETOS PROMOCIONAIS**

Agência Zero 11. Folheto Caravana da Saúde *In Company*, 1999.

## **IX - APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT**

Agência Zero 11. *Slides da Apresentação em PowerPoint, “Como transformar um tabu em um negócio”*, 2003.

## **X- FILMES PUBLICITÁRIOS**

Agência Zero 11. Filme “Depoimento de Evandro Mesquita”, Campanha Viagra, 2000.

Agência Zero11. Filme “Depoimento de Nuno Leal Maia”, Campanha Viagra, 2001.

Agência Zero11. Filme “Depoimento de Evandro Mesquita na praia”, Campanha Viagra, 2004.

Agência Zero11. Filme “Expressões Tudo Azul”, Campanha Viagra, 2004.



## REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. *et al.* Erectile dysfunction: results of the Brazilian Sexual Life Study. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 424-429, nov./dez., 2006.
- ADRIÃO, K. G. Sobre os estudos em masculinidades no Brasil: revisitando o campo. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 9-20, 2005.
- AKKARI, A. C. S. *et al.* Pharmaceutical innovation: differences between Europe, USA and 'pharmerging' countries. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 365-380, 2016.
- ANDERSON, S. **Making medicines**: a brief history of pharmacy and pharmaceuticals. London: Pharmaceutical Press, 2005. 336 p.
- ARAÚJO, L; SÁ, E. C. N.; AMARAL, E. B. Corpo e velhice: um estudo das representações sociais entre homens idosos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 468-481, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300004)>. Acesso em: 18 mar. 2019.
- ARMSTRONG, D. The rise of surveillance medicine. **Sociology of Health and Illness**, Brighton, UK, v. 17, n. 3, p. 393-404, 1995.
- BADINTER, E. **XY**: sobre a identidade masculina. Tradução: Maria Ignes Duque Estrada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993. 266 p.
- BARONI, E. A. Textos de fisiopatologia renal publicados no periódico "Annaes Paulista de Medicina e Cirurgia" (1913 a 1933). **Cadernos de História da Ciência**. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 75-93, 2009.
- BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. Lisboa: Edições 70, 1991. 214 p.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 260 p.
- BAUMAN, Z. **Vida líquida**. São Paulo: Zahar, 2007. 212 p.
- BECK, U. From industrial society to risk society: questions of survival, social structure and ecological enlightenment. **Theory, Culture and Society**, New York, v. 9, n. 1, p. 97-123, 1992.
- BECK, U. **Risk society**: towards a new modernity. London, UK: Sage, 1992. 272 p.

BÉJIN, A. Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos. *In*: ARRIÉS, P.; BÉJIN, A. (org.). **Sexualidades ocidentais**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BELL, S. Commodifying health: an analysis of the effects of Western medical consumerism on malaria treatments in Africa. **Journal of the University of Manitoba**, Ontario, v. 29, p. 1-11, 2011. Disponível em: <https://openjournal.cc.umanitoba.ca/index.php/mb-anthro/article/view/68>. Acesso em: 07 nov. 2019.

BELL, S. E.; FIGERT, A. E. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: looking backward, sideways, and forward. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 75, n. 5, p. 775-783, 2012.

BERMUDEZ, J. A. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 1995. 204 p.

BÉRNARD, C. **Principes de Médecine Experimentelle**. Paris: Presses Universitaires de France, 1947. 356 p.

BONINO, L. Varones, género y salud mental: deconstruyendo la “normalidade” masculina. *In*: CARABÍ, A., SEGARRA, M. (org.). **Nuevas masculinidades**. Barcelona: Icaria, 2000, p.41-64.

BOTTON, F. B. As masculinidades em questão: uma perspectiva de construção teórica. **Revista Vernáculo**, Curitiba, n. 19-20, p. 109-120, 2007.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Tradução: Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 158 p.

BOURDIEU, P. A influência do jornalismo. *In*: BOURDIEU, P. **Sobre a televisão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986. p. 99-120.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude\\_do\\_homem.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf). Acesso em: 13 jul. 2020.

BRIGEIRO, M.; MAKSOUD, I. Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 71-88, 2009.

BULLOUGH, V. L. **Science in the bedroom: a history of sex research**. Nova York: Basic Books, 1994. 376 p.

BUNNAGE, M. E. Getting pharmaceutical R&D back on target. **Nature Chemical Biology**, London, v. 7, n. 6, p. 335-339, 2011.

CALIMAN, L. V.; TAVARES, G. M. O biopoder e a gestão dos riscos nas sociedades contemporâneas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 4, p. 934-945, 2013.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 154 p.

CANNON, W. **The wisdom of the body**. New York: Norton, 1939. 333 p.

CAROL, A. A virilidade diante da medicina. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História da virilidade: A virilidade em crise? Séculos XX-XXI**. Petrópolis: Vozes, 2013. v. 3, p. 35-81.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A., FARO, L. A. política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

CARRIGAN, T.; CONNELL, B.; LEE, J. Toward a new sociology of masculinity. **Theory and Society**, Dordrecht, v. 14, n. 5, p. 551-604, 1985.

CAVALIERI, F. E. S. **A prescrição da pílula anticoncepcional na década de 1960: a perspectiva de médicos ginecologistas**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

CLARKE, A. E. *et al.* Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. **American Sociological Review**, Thousand Oaks, v. 68, n. 2, p. 161-194, 2003.

CONNELL, R. W. Políticas da masculinidade. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995.

CONNELL, R. W. The big picture: masculinities in recente world history. **Theory and Society**, Dordrecht, v. 22, n. 5, p. 597-623, 1993.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, maio 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2013000100014>. Acesso em: 09 jul. 2020.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007. 204 p.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SÃO PAULO. **Cartilha de Pesquisa Clínica**. São Paulo: CRF, set. 2015. Disponível em: [http://portal.crfsp.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8466-cartilha-de-pesquisa-clinica.html](http://portal.crfsp.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8466-cartilha-de-pesquisa-clinica.html). Acesso em: 10 jul. 2020.

CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO G. **A história do corpo**: as mutações do olhar: o Século XX. Petrópolis: Vozes, 2009. v. 3, 616 p.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 50, n. 10, p. 1385-1401, 2000.

COURTINE, J. J. Impossível virilidade. *In*: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História da virilidade**: a virilidade em crise? Séculos XX-XXI. Petrópolis: Vozes, 2013. v. 3, p. 7-12.

CRUZ, H. F.; PEIXOTO, M. R. C. Na oficina do historiador: conversas sobre história e imprensa. **Projeto História**: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História, São Paulo, n. 35, p. 253-270, 2007.

DAEMMRICH, A. Pharmaceutical manufacturing in America: a brief history. **Pharmacy in History**, Madison, v. 59, n. 3, p. 63-72, 2017.

DANTAS, S. M. V. **Sexualidade, reprodução e relações de gênero**: reflexões a partir da análise da política nacional de saúde do homem. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09082017-121622/publico/SuellenMariaVieiraDantas.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2020.

DEBERT, G.; BRIGEIRO, M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 27, n. 80, p. 37-54, 2012.

DIAS, T. M. *et al.* A pílula da oportunidade: discursos sobre as pílulas anticoncepcionais em A Gazeta da Farmácia, 1960-1981. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 725-742, set. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702018000300725&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000300725&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 jul. 2020.

DIVINE, R. A. *et al.* **America, past and present**. Northbrook, IL: Scott Foresman; Addison-Wesley, 1990. v. 1, 464 p.

DOUGLAS, C. R. Condições de saúde e doença. *In*: DOUGLAS, C. R. **Patofisiologia geral**: mecanismo da Doença. São Paulo: Robe Editorial, 2000. p. 89-101.

DUMIT, J. Drugs for Life. **How pharmaceutical companies define our health**. Durham, NC: Duke University Press, 2012. 280 p.

EKNOYAN, G. History of urolithiasis. **Clinical Reviews in Bone and Mineral Metabolism**, Heidelberg, Germany, v. 2, n. 3, p. 177-185, 2004.

FABICHAK, C. A. **Sexo, amor, endorfinas e bobagens**. 2. ed. São Paulo: Editora Matrix, 2016. 263 p.

FARO, J. S. **Revista Realidade—1966-1968**. Porto Alegre: Editora Age, 1999. 288 p.

FARO, L. *et al.* Homem com 'h'. A saúde do homem nos discursos de marketing da indústria farmacêutica. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 9., 2010, Florianópolis. **Anais** [...]. Florianópolis: UFSC, 2010. Tema: Diásporas, diversidades, deslocamentos, p. 1-15. Disponível em: [http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1297794209\\_ARQUIVO\\_HOMEMCOMh.pdf](http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1297794209_ARQUIVO_HOMEMCOMh.pdf). Acesso em: 18 jun. 2020.

FEITOSA, L. C. **Amor e sexualidade**: o masculino e o feminino em grafites de Pompéia. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2005. 168 p.

FELDMAN, H. A. *et al.* Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. **The Journal of Urology**, Philadelphia, v. 151, n. 1, p. 4-61, 1994.

FERRANTI, L. T.; COLUSSI, E. L.; COMIN, C. O. Imagem corporal em idosos: influência exercida pela mídia e padrões impostos pela sociedade. *In*: PICHLER, N. A.; BETTINELLI, L. A.; PASQUALOTTI, A. (org.). **Bioética e envelhecimento humano**: anseios e perspectivas. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2018. p. 126-138.

FERST, G. C. **Análise da indústria farmacêutica no Brasil**: surgimento e desenvolvimento da indústria nacional. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Econômicas) – Faculdade de Ciências Econômicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FIGUEIREDO, W. S. **Masculinidades e cuidado**: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. 2008. 295 p. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-15122008-155615/pt-br.php>. Acesso em: 12 jul. 2020.

FONSECA SOBRINHO, D. **Estado e população**: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993. 203 p.

FOUCAULT M. Aula de 17 de março de 1976. *In*: FOUCAULT M. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 285-315.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

FOUCAULT, M. Aula de 21 de março de 1979. *In: Nascimento da biopolítica: Curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b, p. 329-363.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, São Paulo, n. 18, p. 167-194. 2010.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 382 p.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2018a. v. 1, 176 p.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: o cuidado de si**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2018b. v. 3, 320 p.

FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 11, n. 1, p. 3-25, 1977.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295 p.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, jun. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200024&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 jul. 2020.

FURTADO, R. N.; CAMILO, J. A. O. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016.

GALINDO, D. C. G. *et al.* Medicalização e governo da vida e subjetividades: o mercado da saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 346-365, 2016.

GANDAGLIA, G. A. *et al.* Systematic review of the association between erectile dysfunction and cardiovascular disease. **European Urology**, Amsterdam, v. 65, n. 5, p. 968-978, May, 2014.

GIAMI, A. A medicalização da sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: história da medicina ou história da sexualidade? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 259-284, 2005.

GIAMI, A. Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 637-658, 2009.

GIAMI, A. La medicalisation de la sexualité: aspects sociologiques et historiques. **Andrologie**, Switzerland, v. 8, n. 4, p. 383-390, 1998.

GOLDSTEIN, I. *et al.* Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 338, n. 20, p. 1397-1404, 1998.

GOLDSTEIN, I. *et al.* The serendipitous story of sildenafil: an unexpected oral therapy for erectile dysfunction. **Sexual Medicine Reviews**, Hoboken, v. 7, p. 115-128, 2019.

GOLDSTEIN, I. The hour lecture that changed sexual medicine – the Giles Brindley injection story. **The Journal of Sexual Medicine**, Malden, v. 9, n. 2, p. 337-342, 2012.

GOMES, R. Apresentação. *In*: GOMES, R. (org.). **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 11-18. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37586/3/gomes-9788575413647.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2020.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 jul. 2020.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, maio 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 jun. 2020.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; COUTO, M. T. O homem como foco da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 4, 2005.

GREGERSEN, E. **Práticas sexuais**: a história da sexualidade humana. São Paulo: Roca, 1983. 323 p.

GURTNER, K. *et al.* Erectile dysfunction: review of historical treatments with a focus on the development of the Inflatable penile prosthesis. **American Journal of Men's Health**, Thousand Oaks, v. 11, n. 3, p. 479-486, 2017.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1995.

HAROCHE, C. Antropologias da virilidade: o medo da impotência. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **A história da virilidade – Vol. 3: a virilidade em crise? Séculos XX-XXI**. Petrópolis: Vozes, 2013. v. 3, p. 16-34.

IBGE. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-deidosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 18 mar. 2019.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p.

INTERFARMA - Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa. **Guia Interfarma 2019**. São Paulo: INTERFARMA, 2019. Disponível em: <https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/guia-interfarma-2019-interfarma2.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2019.

INTRODUCTION to the International Society of Men's Health and Gender (ISMH). **The Journal of Men's Health and Gender**, Amsterdam, v. 1, n. 1, p. 8-11, May 2004. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1016/j.jmhg.2004.04.002>. Acesso em: 22 mar. 2020.

JOCELYN, H. D.; SETCHELL, B. P. Regnier de Graaf on the human reproductive organs. An annotated translation of Tractatus de Virorum Organis Generationi Inservientibus (1668) and De Mulierub Organis Generationi Inservientibus Tractatus Novus (1962). **Journal Reproduction and Fertilty Suppl**, Cambridge, v. 17, p. 1-122, 1972.

JONAS, U. The history of erectile dysfunction management. **International Journal of Impotence Research**, London, v. 13, p. S3-S7, 2001.

JUCÁ, K. Evolução gráfica da revista Veja em três décadas de existência. **Janus**, Lorena, v. 2, n. 2, p. 75-96, 2005.

KARLBERG, L. J. P. E.; SPEERS, M. A. (ed.). **Revisão**: um guia para o Comitê de Ética. Washington, DC: Karlberg, Johan Petter Einar, 2010. Disponível em: [http://www.pfizer.com/files/research/research\\_clinical\\_trials/ethics\\_committee\\_guide\\_portuguese.pdf](http://www.pfizer.com/files/research/research_clinical_trials/ethics_committee_guide_portuguese.pdf). Acesso em: 04 nov. 2017. 153 p.



KFOURI NETO, M. **Responsabilidade Civil do Médico**. 7. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010. 527 p.

KINSEY, A. C.; POMEROY, W. B.; MARTIN, C. E. Sexual behavior in the human male. **Tijdschrift Voor Filosofie**, Leuven, v. 15, n. 4, p. 682-685, 1953.

KOCH-WESER, J.; SCHECHTER, P. Schmiedeberg in Strassburg 1872–1918: the making of modern pharmacology. **Life Sciences**, Berkeley, v. 22, p. 1361-71, 1978.

KOPYTOFF, I. The cultural biography of things: commoditization as process *In*: APPADURAI, A. (ed). **The social life of things**: commodities in cultural perspective. Cambridge: University Press, 1986. p. 64-91.

LANDRY, D.; MACLEAN, G. (ed.). **The Spivak reader**: selected works of Gayatri Chakravorty Spivak. New York: Routledge, 1996. 334 p.

LIEBENAU, J. **Medical science and medical industry**: the formation of the American Pharmaceutical Industry. London: Macmillan Press, 1987. 220 p.

LIMA, C. F. M.; RIVEMALES, M. C. C. Corpo e envelhecimento: uma reflexão-artigo de revisão. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 153-166, 2013.

LIPPMANN, E. **Manual dos direitos do médico**. São Paulo: Segmento Farma, 2011. 108 p.

LOE, M. Fixing broken masculinity: Viagra as a technology for the production of gender and sexuality. **Sexuality and Culture**, New York City, v. 5, n. 3, p. 97-125. 2001.

LOMBARDINO, J. G. A brief history of Pfizer central research. **Bulletin for the History of Chemistry**, Washington, D.C., v. 25, n. 1, p. 10-15, 2000.

LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 875-899, jul-ago, 2003.

LUPTON, D. Consumerism, reflexivity and the medical encounter. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 45, n. 3, p. 373-381, 1997.

MALERBA, F.; ORSENIGO, L. Innovation and market structure in the dynamics of the pharmaceutical industry and biotechnology: towards a history friendly model. **Industrial and Corporate Change**, Oxford, v. 11, n. 4, p. 667-703, Aug. 2002. Disponível em: <https://academic.oup.com/icc/article/11/4/667/705815>. Acesso em: 13 jul. 2020.

MARINHO, M. G. S. M. C. A presença norte-americana na educação superior brasileira: uma abordagem histórica da articulação da Fundação Rockefeller e estruturas acadêmicas de São Paulo. **THESIS**, São Paulo, ano 1, v. 3, p. 54-77, 2005.

MARSHALL, B. L. Science, medicine and virility surveillance: 'sexy seniors' in the pharmaceutical imagination. **Sociology of Health & Illness**, Oxford, v. 32, n. 2, p. 211-224, 2010.

MARSHALL, B. L. Sexual medicine, sexual bodies and the pharmaceutical imagination. **Science as Culture**, United Kingdom, v. 18, n. 2, p. 133-149, 2009.

MARSHALL, B. L. The new virility: Viagra, male aging and sexual function. **Sexualities**, Los Angeles, v. 9, n. 3, p. 345-362, 2006.

MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013.

MARTINS, L. A. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Genealogia do biopoder. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 157-165, 2009.

McLAREN, A. **Impotence**: a cultural history. Chicago: University of Chicago Press, 2007. 350 p.

MELLO, D. R.; OLIVEIRA, G. C.; CASTANHEIRA, L. G. A regulação de medicamentos: evolução e principais avanços. In: BUSS, P. M.; CARVALHO, J. R.; CASAS, C. P. R. (org.). **Medicamentos no Brasil**: inovação e acesso. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 79-102. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/447g2/pdf/buss-9788575415979-06.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

MENEZES, T. N. *et al.* Percepção da imagem corporal e fatores associados em idosos residentes em município do nordeste brasileiro: um estudo populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3451-3460, 2014.

MENEZES, V. A. A mulher e a saúde nas propagandas de contraceptivos (1965-1970). In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – ANPUH, 26, 2011, São Paulo. **Anais** [...]. São Paulo: USP, 2011. Disponível em: [https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548856701\\_4d80d5b3a10fe585f51527ed7ec59b38.pdf](https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548856701_4d80d5b3a10fe585f51527ed7ec59b38.pdf). Acesso em: 13 jul. 2020.

MONTEIRO, M. Corpo e masculinidade na revista VIP Exame. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 16, p. 235-66, 2001.

MONTEIRO, M. Masculinidades em revista: 1960-1990. *In*: PRIORE, M.; AMANTINO, M. (org.). **História dos homens no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2013. p. 335-358.

MOREIRA JUNIOR, E. D. *et al.* Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. **Urology**, New York, v. 58, n. 4, p. 583-588, Oct. 2001.

MOSCOVICI, S. On social representation. *In*: FORGAS, J. P. (org.). **Social Cognition**, London: Academic Press, 1982. p. 181-209.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Institucionalização da saúde pública paulista nos anos 1930-1940. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 839-845, out. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000500839&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000500839&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 07 jul. 2020.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista, nos anos de 1930. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 345-360, 2009.

MOULIN, A. M. O corpo diante da medicina. *In*: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO G. **A história do corpo**: as mutações do olhar, o século XX. Petrópolis: Vozes, 2009. v. 3, p. 15-82.

MÜLLER, R. F.; BIRMAN, J. Negociando saberes e poderes: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Sociedade Brasileira de Urologia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 703-717, set. 2016.

NECKEL, R. **Pública vida íntima**: a sexualidade nas revistas femininas e masculinas (1969-1979). 2004. 266 p. Tese (Doutorado em História) – Programas de Estudos Pós-Graduados em História, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

NIH Consensus Conference. Impotence. NIH consensus development panel on impotence. **JAMA**, Chicago, v. 270, n. 1, p. 83-90, 1993. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8510302/>. Acesso em: 18 abr. 2020.

NOBEL MEDIA. **The Nobel Prize in physiology or medicine 1998**. Disponível em: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1998/summary/>. Acesso em: 24 ago. 2019.

NOGUEIRA, I. R. R.; ALCÂNTARA, A. O. Envelhecimento do homem: de qual velhice estamos falando? **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 263-282, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/31251/25722>. Acesso em: 18 mar. 2019.

NOLASCO, S. **O mito da masculinidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1993. 95 p.

NOLASCO, S. Um “homem de verdade”. *In*: CALDAS, D. (org.). **Homens**. São Paulo: Editora Senac, 1997, p. 13-29.

OLIVEIRA, M. S. *et al.* Saúde da mulher na imprensa brasileira: análise da qualidade científica nas revistas semanais. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 7-16, set. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 set. 2020.

OLIVEIRA, N. A. S. A beleza que se compra... O gênero que se constrói: uma análise de anúncios publicitários de produtos de beleza para homens e mulheres (1950-1980). *In*: BERETA, S.; ASSIS, G.; KAMITA, A. (org.) **Gênero em movimento: novos olhares, muitos lugares**. Florianópolis: Mulheres, 2007. p. 293-309.

OLIVEIRA, P. H. M.; HERNANDEZ, D. P.; BEGLIOMINI, H. A história da urologia a partir do juramento de Hipócrates. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**, Teresópolis, v. 2, n. 2, p. 1124-1140, 2018.

OLIVEIRA, P. P. **A Construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004. 347 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Sexual and reproductive health and research including the Special Programme HRP**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en). Acesso em: 12 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Sexual health**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: [https://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](https://www.who.int/topics/sexual_health/en/). Acesso em: 10 mar. 2019.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014.

PARRY, V. The art of branding a condition. **Medical Marketing and Media**, New York, v. 38, n. 5, p. 43-49, 2003.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 23, n. 45, p. 239-260. 2003.

PEREIRA NETO, A. F. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 232 p.

PFIZER. **Inovação e comprometimento da Pfizer com a saúde**. 2019. Disponível em: <https://www.pfizer.com.br/sobre-a-pfizer/institucional>. Acesso em: 16 jun. 2020.

PIMENTEL, C. **Patente do Viagra termina amanhã**. Brasília: Jusbrasil, 2019. Disponível em: <https://agencia-brasil.jusbrasil.com.br/noticias/2243951/patente-do-viagra-termina-amanha>. Acesso em: 20 maio 2020.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PLECK, J. **The myth of masculinity**. Cambridge, MA: Mit Press, 1981. 229 p.

PUBLIABRIL. **Circulação**: revista digital. 2019. Disponível em: [http://publiabril.abril.com.br/svp/tabelas/circulacao?platform\\_id=revista-digital](http://publiabril.abril.com.br/svp/tabelas/circulacao?platform_id=revista-digital). Acesso em: 19 mar. 2019.

QUINN, R. Rethinking antibiotic, research and development: World War II and the penicillin collaborative. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 103, n. 3426, p. 426-434, 2013.

RADFORD, T. Influencia y poder de los medios de comunicación. *In*: PINI, P. *et al.* **Medicina y medios de comunicación**. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve, 1997. p. 97-101.

RAMOS, M. S. Um olhar sobre o masculino: reflexões sobre os papéis e representações sociais do homem na atualidade. *In*: GOLDENBERG, M. **Os novos desejos**: das academias de musculação às agências de encontros. Rio de Janeiro: Record, 2000. p. 41-59.

REALIDADE. **Natalidade**: tudo sobre a pílula. São Paulo: Abril, ano 2, n. 1, p. 16-22, maio. 1966.

REALIDADE. **Quem tem medo da impotência?** São Paulo: Abril, v. 85, p. 30-34, 1973.

REICH, W. **A função do orgasmo**. São Paulo: Círculo do Livro, 1990. 344 p.

RICHES, R.; ALMEIDA, E. A. B. O planejamento Familiar e o mercado de anticoncepcionais no Brasil. **Revista de Administração de Empresa**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 7-21, 1975.

RODENG, J. L. **The legend of Pfizer**. Fort Lauderdale: Write Stuff Syndicate, 1999. 160 p.

ROHDEN, F. Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2645-2654, 2012.

ROHDEN, F. 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, jan./jun. 2011.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 223 p.

ROHDEN, F.; RUSSO, J. Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 722-729, 2011.

ROSE, N. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013. 400 p.

ROSEN, R. C. *et al.* The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. **Urology**, New York, v. 49, n. 6, p. 822-830, 1997.

RUSSO, J. A. A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 172-194. 2013.

RUSSO, J. A. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PSCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. (ed.). **Sexualidade e saberes**: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 95-114.

SABO, D. Mens's Health studies: origins and trends. **Journal of American College Health**, New York, v. 49, n. 3, p. 133-142, 2000.

SANT'ANNA, D. B. Descobrir o corpo: uma história sem fim. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 49-58, 2000a.

SANT'ANNA, D. B. Hayek na praia. In: BUTTURI JUNIOR, A. *et al.* (orgs.). **Foucault e as práticas de liberdade I**: o vivo e os seus limites. Campinas: Pontes Editores, 2019. p. 161-172.

SANT'ANNA, D. B. Transformações do corpo: controle de si e uso dos prazeres. In: RAGO, M.; ORLANDI, L. B. L.; VEIGA-NETO, A. (org.) **Imagens de Foucault e Deleuze**: ressonâncias nietzschianas. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2002. p. 99-110.

SANT'ANNA, D. B. Velhice: entre destino e história. **Estudos sobre envelhecimento**, São Paulo, v. 27, n. 66, p. 8-19; 2016. Disponível em: [https://www.sescsp.org.br/files/edicao\\_revista/c55cf8f3-8bc8-4d0a-93f5-c34d562a1ce3.pdf](https://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/c55cf8f3-8bc8-4d0a-93f5-c34d562a1ce3.pdf). Acesso em: 13 jul. 2020.

SANT'ANNA, D. B. As infinitas descobertas do corpo. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 14, p. 235-249, 2000b.

SCHPUN, M. R. (org.). **Masculinidades**. Santa Cruz do Sul: Boitempo, 2004. 241 p.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-17, 2005.

SCHWARZ, E. *et al.* Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 108-116, dez. 2012. Supl. 1. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 jun. 2020.

SEMEM, C. S.; CARAMASCHI, S. Concepção de sexo e sexualidade no ocidente: origem, história e atualidade. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, RS, n. 49, p. 166-189, 2017.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, abr./jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 jun. 2020.

SFEZ, L. **A saúde perfeita**: crítica de uma nova utopia. São Paulo: Loyola, 1996. 357 p.

SHAH, J. Erectile dysfunction through the ages. **BJU International**, Oxford, n. 90, n. 4, p. 433-441, 2002.

SILVA, C. V. **Histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil, na década de 1960**. 2017. 183 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da criança e do adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, C. V.; BONAN, C.; NAKANO, A. R. A primeira geração de usuárias de pílulas anticoncepcionais e suas associações com o mundo da farmácia. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11.; WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 13., 2017, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis, 2017. Disponível em: [http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499378246\\_ARQUIVO\\_O\\_Aprimeirageracaodeusuariasdepilulasanticoncepcionaisesusasassociacoescomomundodafarmacia0607.pdf](http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499378246_ARQUIVO_O_Aprimeirageracaodeusuariasdepilulasanticoncepcionaisesusasassociacoescomomundodafarmacia0607.pdf). Acesso em: 30 jul. 2020.

SILVA, J. P.; BOUSFIELD, A. B. S.; CARDOSO, L. H. A hipertensão arterial na mídia impressa: análise da revista Veja. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 191-203, 2013.

SILVA, M. M. História e Desenvolvimento da Urologia: visão sintética. **Acta Urológica Portuguesa**, Lisboa, v. 19, n. 1, p. 25-30, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **A Urologia através da história – 1926-2011**. Rio de Janeiro: DOC Editora, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Guia Prático de Urologia**. São Paulo: Segmento, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **I Consenso Brasileiro de disfunção erétil**. São Paulo: BG Cultural, 1998.

SOHN, A-M. O corpo sexuado. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **A história do corpo: as mutações do olhar: o século XX**. Petrópolis: Vozes, 2009. v. 3, p. 109-154.

SOINTU, E. The rise of an ideal: tracing changing discourses of wellbeing. **The Sociological Review**, New York, v. 53, n. 2, p. 255-274, 2005.

STEARNS, P. N. **História da sexualidade**. São Paulo: Editora Contexto, 2010. 288 p.

THIAGO, C. C.; RUSSO, J. A; CAMARGO JUNIOR, K. R. Hormônios, sexualidade e envelhecimento masculino: um estudo de imagens em websites. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 37-50, mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100037&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 jun. 2020.

TREVISAN, A. *et al.* Feixe de paradoxos: reflexões sobre o corpo. Entrevistada: Denise Bernuzzi de Sant'Anna. **Cadernos do CEOM**, Chapecó, v. 17, n. 20, p. 114-131, 2014.

VAITSMAN, J. **Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. 203 p.

VAN DER GEEST, S. The urgency of pharmaceutical anthropology: a multilevel perspective. **Curare**, v. 34, n. 1-2, p. 9-15, 2011.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R.; HARDON, A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. **Annual Review of Anthropology**, Palo Alto, 1996. v. 25, p. 153-178.

VARES, T.; BRAUN, V. Spreading the word, but what word is that? Viagra and male sexuality in popular culture. **Sexualities**, Los Angeles, v. 9, n. 3, p. 315-332, 2006.



VAZ, P. Um corpo com futuro. In: PACHECO, A.; COCCO, G.; VAZ, P. (org.). **O trabalho da multidão**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002, p. 121-146.

VIDALE, G.; LOPES, A. D. A era pós-Viagra. **Veja**, São Paulo, ano 52, n. 49, ed. 2663, p. 86-89, 4 dez. 2019.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 84 p.

VIEIRA, V. M. M.; OHAYON, P. Inovação em fármacos e medicamentos: estado-da-arte no Brasil e políticas de P&D. **Revista Economia & Gestão**, Belo Horizonte, v. 6, n. 13, p. 60-82, 2006.

VIGARELLO, G.; CORBIN, A.; COURTINE, J. J. Prefácio. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História da virilidade**: a invenção da virilidade, da antiguidade às Luzes. Petrópolis: Vozes, 2013. v. 1, p. 7-9.

VOKS, D. J. **Reconfigurações de uma masculinidade hegemônica nas páginas da revista Playboy** (Brasil: décadas de 1980 e 1990). 225 p. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

WATKINS, E. S. **On the pill**: a social history of oral contraceptives 1950-1970. London: Johns Hopkins University Press, 1998. 212 p.

WEISSHEIMER, F. S.; FÁVERI, M. O Kama-sutra: de Vatsyayana a Richard Francis Burton. **Revista História Comparada**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 36-65, 2015.

WENTZELL, E. How did erectile dysfunction become “natural”? A review of the critical social scientific literature on medical treatment for male sexual dysfunction. **The Journal of Sex Research**, New York, v. 54, n. 4-5, p. 486-506, 2017.

WHITE, A.; FAWKNER, H. J.; HOLMES, M. Is there a case for differential treatment of young men and women? **The Medical Journal of Australia**, Pyrmont, v. 185, n. 8, p. 454-455, 2006.

WILLIAMS, S. J.; MARTIN, P.; GABE, J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. **Sociology Health & Illness**, Oxford, v. 33, n. 5, p. 710-25, 2011.

WOLFF, C. S., SALDANHA, R. A. Gênero, sexo, sexualidades Categorias do debate contemporâneo. **Revista Retratos da Escola**, Brasília, v. 9, n. 16, p. 29-46, jan./jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Men, aging and health**: achieving health across the life span. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66941>. Acesso em: 18 jun. 2020.

YAFI, F. A. *et al.* Erectile dysfunction. **Nature Reviews Disease Primers**, London, v. 2, p. 16003, 2016. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrdp20163#citeas>. Acesso em: 13 jun. 2020.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 721-731, set. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832018000300721&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000300721&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 jul. 2020.

*Cambia lo superficial  
Cambia también lo profundo  
Cambia el modo de pensar  
Cambia todo en este mundo  
[...]  
Cambia el rumbo el caminante  
Aunque esto le cause daño  
Y así como todo cambia  
Que yo cambie no es extraño.*

**Mercedes Sosa**

Música: **Todo Cambia**