

A “criação” da andropausa no Brasil: articulações entre ciência, mídia e mercado e redefinições de sexualidade e envelhecimento

Fabíola Rohden

Autor referente: fabiola.rohden@gmail.com

Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Historia editorial

Recibido: 21/05/2012

Aceptado: 01/10/2012

RESUMO

O artigo trata da construção recente de novos diagnósticos médicos e de um correspondente mercado consumidor em potencial considerando o caso da andropausa, “doença” que afetaria os homens a partir dos 35-40 anos de idade. A perspectiva utilizada centra-se nos estudos sociais da ciência e gênero e particularmente na necessidade de investigar as redes criadas no processo de construção dessa nova categoria.

Por meio da análise da produção científica e da trajetória da construção da andropausa, ou Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino, como fenômeno de interesse público, elabora-se um processo de medicalização do homem e da sexualidade masculina, via o reforço na centralidade dos hormônios como modelo preponderante de entendimento do corpo.

Palavras-chave: Masculinidade; Andropausa; Medicalização.

ABSTRACT

The article deals with the recent construction of new medical diagnoses and a corresponding potential consumer market by considering the case of andropause, “disease” that supposedly affected men from 35-40 years old. The approach used focuses on the social studies of science and gender and in particular the need to investigate the networks created in the process of the construction of this new

category. Through the analysis of scientific production and the trajectory of construction of andropause, or Androgen Disorders of the Male Aging, as a phenomenon of public interest, an process of medicalization of men and male sexuality is enacted, by strengthening the centrality of hormones as predominant model for understanding the body.

Keywords: Masculinity; Andropause; Medicalization.

A partir de uma perspectiva centrada na antropologia da ciência e nos estudos de gênero e sexualidade, esta investigação trata da construção recente de novos diagnósticos médicos e de um correspondente contingente consumidor em potencial considerando o caso do surgimento do Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (DAEM) ou andropausa no Brasil. Trata-se de uma “doença” que afetaria os homens a partir dos 35-40 anos de idade caracterizada pela perda da libido ou desejo sexual, diminuição de massa muscular, perda de energia, depressão, disfunção erétil entre outros sintomas, tendo como causa o decréscimo na produção da testosterona.

Nas duas últimas décadas tem se assistido a configuração de um novo modelo de representações acerca do envelhecimento masculino no qual se privilegia a dimensão da sexualidade. Tanto nos veículos de comunicação de massa quanto nas publicações científicas cresce enormemente o espaço dedicado a tratar desses temas que, em geral, vêm associados a uma suposta necessidade de reposição hormonal. Embora certa perspectiva crítica apareça, sobretudo com a divulgação de dados que colocam em xeque a eficácia e a segurança de tais terapias, pode-se supor que o imperativo da reposição hormonal tem prevalecido, tanto na prática médica quanto nas representações leigas que vêm se consolidando (Rohden, 2011).

Por meio do discurso em torno do DAEM, os homens também passam a ser alvos desse tipo de investimento que privilegia a associação entre hormônios, juventude, sexualidade e saúde. No caso específico da conjunção entre envelhecimento e sexualidade, há que se notar que a promoção das novas drogas e recursos caminha lado a lado com a promoção de modelos de

comportamento centrados na valorização do corpo jovem, saudável e sexualmente ativo. E no que se refere ao caso masculino, é necessário observar a criação de novas narrativas que aproximariam os homens de mais idade de um modelo mais feminino, no sentido de mais vulneráveis e mais sujeitos às intervenções médicas, em um processo constante de “vigilância da virilidade”.

Em decorrência do interesse em analisar a criação da andropausa no cenário público brasileiro, que envolve desde a pesquisa de ponta até a realização de exames urológicos em praça pública, passando pelo interesse dos laboratórios farmacêuticos, atenção da mídia e criação de políticas públicas, a estratégia metodológica da pesquisa envolveu o investimento em várias frentes. Neste trabalho específico, o foco privilegiado será nas reportagens da imprensa escrita, mas também serão utilizados dados de artigos de periódicos científicos, de *sites* de sociedades médicas, da etnografia de congressos médicos e campanhas e de entrevistas.

II.

O chamado climatério masculino só começa a aparecer como doença orgânica e tratável a partir da década de 1930 (Marshall, 2007). Somente na década de 1940, inicia-se o que seria considerado o seu tratamento científico por meio da definição do hipogonadismo climatérico enquanto uma desordem clínica causada pela queda na testosterona que afetaria uma proporção relativamente pequena de homens mais velhos. A disfunção sexual já aparece como principal sintoma mas não como foco do tratamento na medida em que era considerado

problemático ou mesmo imoral promover a sexualidade em homens de mais idade. A terapia de testosterona é então utilizada com repetidas e insistentes ressalvas de que não se estaria priorizando os benefícios sexuais. Seria somente a partir dos anos 60 que a passiva aceitação das mudanças na capacidade sexual em função da idade seria posta em xeque e a sexualidade se tornaria central na reconsideração da andropausa. Mas isso só ocorreria de fato nas pesquisas biomédicas na década de 90 e já associado ao empreendimento das descobertas para tratamento da disfunção erétil.

Pode-se sugerir que esse cenário se reflete nos artigos científicos publicados sobre o tema. Por meio de uma pesquisa de referências, realizada em setembro de 2009, buscando por termos como andropausa, climatério masculino, DAEM, Hipogonadismo Masculino Tardio e similares na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que congrega dados da MEDLINE-Literatura Internacional em Ciências da Saúde e LILACS-Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, percebeu-se que, embora haja algumas referências a climatério masculino ou andropausa desde o início da catalogação dos trabalhos na MEDLINE (1966), é somente na virada para a década de 2000 que temos um número mais expressivo de artigos. Se nas décadas de 1970, 1980 e 1990 temos uma faixa mais ou menos estável no número de trabalhos, representando respectivamente 56, 39 e 50 trabalhos, já entre janeiro de 2001 e setembro de 2009, contabilizou-se 321 publicações. A maioria desses trabalhos está inserida em revistas médicas de urologia e endocrinologia e promovem desde discussões mais abrangentes sobre os referidos conceitos e mesmo a existência ou não de andropausa ou DAEM, até

a consideração de seus possíveis sintomas, tratamentos, reposição hormonal, associações com outras doenças, comparação com a menopausa e, com considerável ênfase, a associação com problemas relacionados à sexualidade, como disfunção erétil e falta de desejo.

Pode-se supor que este aumento no número de artigos corresponde ao lançamento em âmbito internacional de um instrumento de reconhecimento e medição do DAEM. Trata-se da Escala de Sintomas do Envelhecimento Masculino (*Aging Male's Symptoms Scale – AMS*) originalmente desenvolvida na Alemanha em 1999 e baseada na suposição de que, assim como as mulheres no período da menopausa, os homens também desenvolveriam sintomas similares. Segundo os autores do estudo, Heinemann et al (2003), a escala serviria para reconhecer sintomas de envelhecimento entre grupos de homens com diferentes condições, avaliar a gravidade dos sintomas no tempo e medir as mudanças pré e pós terapia de reposição de androgênio. Foi desenvolvida a partir da análise de mais de 200 variáveis medidas em mais de 100 homens “bem caracterizados medicamente”. Após as análises estatísticas, três dimensões de sintomas foram identificadas: psicológica, somato-vegetativa e sexual que explicariam 51,6% da variância total. De acordo com os autores, isso permitia uma redução no número de itens da escala para 17.

A referida escala consiste em um questionário no qual se pede aos participantes que respondam (assinalando os graus “nenhum”, “ligeiro” ou “pouco”, “moderado”, “grave”, “muito grave”) conforme percebam os seguintes sintomas:

1. Declínio da sua sensação de bem estar geral (estado geral de saúde, sensação subjetiva);
2. Dores nas articulações e dores musculares, (dor na base das costas, dor nas articulações, dor num membro, dores de costas em geral);
3. Sudação excessiva (episódios inesperados/súbitos de sudação, afrontamentos independentes de esforço);
4. Problemas de sono (dificuldades em adormecer, dificuldades em dormir toda a noite, acordar cedo e sentir-se cansado, sono agitado, insônia);
5. Aumento da necessidade de dormir, sentir-se frequentemente cansado;
6. Irritabilidade (sentir-se agressivo, facilmente perturbado com pequenas coisas, com humor instável);
7. Nervosismo (tensão interior, agitação, sentir-se desassossegado);
8. Ansiedade (sentimento de pânico);
9. Exaustão física/Falta de vitalidade (diminuição geral de performance, atividade reduzida, falta de interesse em atividades de lazer, sensação de produzir menos, de alcançar menos, de ter de se forçar para empreender atividades);
10. Diminuição da força muscular (sensação de fraqueza);
11. Estado de espírito depressivo (sentir-se em baixo, triste, à beira das lágrimas, com falta de energia, alterações de humor, sensação de que nada vale a pena);
12. Sensação de que já passou o seu ponto máximo;
13. Sentir-se esgotado/sentir que chegou ao ponto mais baixo;
14. Diminuição do crescimento da barba;

15. Diminuição da capacidade/frequência do desempenho sexual;
16. Diminuição do número de ereções matinais;
17. Diminuição do desejo sexual/do libido (ausência de prazer no sexo, ausência de desejo de relações sexuais) (Heinemann et al, 2003).

Essa versão da escala foi imediatamente aplicada para uma amostra de 992 homens alemães com a função de estabelecer os valores de referência para a severidade dos sintomas entre homens acima de 40 anos. Em seguida a escala foi traduzida para o inglês e o artigo publicado pelos autores em 2003 já disponibilizava os arquivos da AMS em 12 idiomas diferentes, incentivando os interessados em fazer uso do instrumento, mesmo sem a necessidade de permissão formal. Na conclusão do trabalho, afirma-se que a escala é um instrumento importante na medida em que já era utilizada em todo o mundo (Heinemann et al, 2003). Além disso, declaravam que não havia conflito de interesse na produção do estudo.

Em 2006 temos outro artigo, cuja autoria também é encabeçada por L. Heinemann destinado a atestar a capacidade clínica da escala AMS em medir efeitos do tratamento com testosterona a partir de pesquisa com 1670 homens com deficiência androgênica que foram tratados com gel de testosterona. Dessa vez, a segunda autora do artigo, Claudia Moore, declara que é empregada da companhia que produz produtos de testosterona mas mesmo assim os autores consideram que não há conflitos de interesse na investigação e na produção dos dados (Heinemann et al, 2006).

III.

É exatamente na época de elaboração desses estudos que começa a ter destaque na imprensa brasileira as reportagens relativas à conexão entre sexualidade e envelhecimento e o surgimento de novos tratamentos medicamentosos. Para exemplificar este fenômeno, será privilegiada a revista *Veja*, periódico semanal de maior circulação nacional.

Em 13 de fevereiro de 2002, a revista publica uma matéria de capa, de autoria de Gabriela Carelli, com o título “As idades do sexo: A era pós Viagra reserva novos tratamentos para atrasar o relógio biológico de homens e mulheres e melhorar o desempenho sexual”. No caso dos homens, destaca-se que, resolvida a questão da irrigação peniana com o Viagra e outros medicamentos similares, a atenção dos especialistas agora recairia sobre questões que indiretamente afetam o desempenho sexual masculino. A nova revolução na área de saúde sexual teria duas bases: o restabelecimento da normalidade hormonal e o estímulo da disposição sexual. A “área hormonal” se mostraria promissora na tentativa de manter a libido por mais tempo, encaminhamento imprescindível pois a queda dos hormônios no corpo se daria já a partir dos 35 anos de idade. No quadro em destaque intitulado “As armas do homem” afirma-se que a reposição hormonal desde 1999 firmou-se como forma de combater a perda de testosterona e que há médicos que indicam o tratamento a partir de 45 anos, quando alguns homens apresentariam queda no índice deste hormônio. O texto é recheado de declarações de certeza como na frase: “A ação mais positiva da medicina nos anos 90 foi repor esses hormônios na esperança de restaurar a saúde e evitar as doenças associadas à falta

daquelas substâncias – entre elas quase todas as disfunções sexuais, como impotência e ausência de desejo.” (Careli, 2002, p.75). Há ainda a reprodução de um teste com 30 perguntas destinado a avaliar a chamada idade sexual de cada um, cuja autoria original é de Irwin Goldstein, urologista da Universidade de Boston, e um dos grandes responsáveis pela disseminação do diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais.

Em 2003, o tema ganharia ainda mais destaque com o suplemento “Veja Especial Homem”. Trata-se de um caderno dedicado a mapear a situação do homem contemporâneo em várias frentes, incluindo comportamento, saúde e sexualidade e que também parece se propor a ser uma espécie de guia de orientação. Em um dos quadros explicativos de página inteira temos o tema “Pênis+Próstata” e a apresentação de características e problemas dos homens entre os 20 e 70 anos. Descobre-se que aos 30 anos “é o auge da potência sexual” e o ângulo de ereção, devidamente ilustrado em um esquema gráfico, é de 20 graus. Aos 40 esse ângulo reduz-se drasticamente a 5 graus, podendo chegar a menos 1 grau aos 50 e a menos 25 graus aos 70 anos. Parece que os 40 anos representam um momento chave, tal como é explicado no quadro “O que acontece ao longo dos anos”. De acordo com as informações dadas, seria nessa fase que começaria a chamada andropausa e a partir de então, haveria queda de 1% ao ano na produção de testosterona, sendo que “apenas” 20% dos homens precisariam fazer reposição hormonal (*Veja Especial Homem*, outubro de 2003, p.75). Ao contrário do que sugere o texto, 20% dos homens com mais de 40 anos representa um contingente bastante numeroso que

passaria a ter a obrigação de buscar exames e tratamentos para essa condição de vida ora colocada sob suspeita.

O momento de maior ascensão da andropausa parece ocorrer a partir de 2005, quando já se percebe certa consolidação das representações em torno desta categoria e de sua conexão com as questões relativas à sexualidade em função do uso dos argumentos dos especialistas, da divulgação de pesquisas quantitativas e do tom triunfante na divulgação de novos remédios. É de se notar inclusive que a busca de outros tratamentos, como o psicoterápico, vai perdendo terreno face à proposição de novas drogas ou a redescoberta de antigas, como os antidepressivos, para a resolução de problemas sexuais que incluem a dificuldade de ereção, ejaculação precoce e falta de desejo.

Isso pode ser ilustrado, mais uma vez, com a matéria de capa da revista *Veja* de 19 de janeiro de 2005 que, sobre um fundo que destacava um termômetro entre os seios de uma mulher, pontificava “Saúde sexual: a ciência mostra que o bem-estar físico e psicológico depende muito mais da sexualidade do que se pensava” e anunciava o “Teste: descubra seu ‘QI sexual’”. A longa reportagem, assinada por Anna Paula Buchalla, começava lembrando o ditado que diz que “sexo quando é bom, é ótimo e quando é ruim, ainda assim é muito bom”. Em seguida apresenta-se o teste de Quociente Sexual (QS) elaborado pela psiquiatra Carmita Abdo, coordenadora do Prosex (Projeto Sexualidade do Hospital das Clínicas da USP), que serviria para avaliar a “qualidade da vida sexual”. O teste é resultado de entrevistas feitas com 630 homens e 580 mulheres de 18 a 70 anos a partir das quais se pôde chegar a dez quesitos básicos que separariam o “sexo satisfatório” do “sexo desapontador”. Segundo

Carmita Abdo, deve ajudar os casais a identificar os problemas e o que pode ser melhorado na sua vida sexual. Mais adiante a mesma pesquisadora diz que “[o] objetivo é que ele seja aplicado em todas as consultas médicas, para orientar o médico sobre os possíveis problemas de seus pacientes, tanto físicos quanto emocionais” (Buchalla, 2005, p.75). Depois de confirmada a importância do teste, passa-se para o argumento da chancela da Organização Mundial de Saúde (OMS) que inclui o sexo como parâmetro para definir qualidade de vida. E para a constatação de que: “[o] sexo seguro, freqüente e prazeroso, explicam os médicos, pode proteger o coração, evitar a insônia, aliviar o stress, fortalecer o sistema imunológico, combater a ansiedade, regular o humor, emagrecer e até atrasar um pouco o ritmo do envelhecimento” (Buchalla, 2005, p.75). Praticamente todos os problemas relativos à saúde e à qualidade de vida do sujeito moderno estão listados nessa frase, indicando a incontornável necessidade de buscar a “melhoria” da vida sexual.

A isso se agregara uma série de dados, sem a referência precisa às fontes, como data ou metodologia de pesquisa, como ilustra a menção de que “[o]ito em cada dez brasileiros (homens e mulheres) vítimas de problemas sexuais declaram que suas aflições afetam o trabalho, o convívio com os filhos, as relações sociais, o lazer”, além do convívio com o parceiro (Buchalla, 2005, p.75). Recorre-se ainda a um estudo simplesmente apresentado como “feito pela FIOCRUZ da Bahia” com 77 mil homens em 24 estados brasileiros que tinham 52 anos em média e que constatou que 66% dos brasileiros apresentam, em maior ou menor grau, dificuldade de ereção. Além disso,

“quanto mais elevada a faixa etária, maiores são a prevalência e a severidade da disfunção” (Buchalla, 2005, p.76).

Na página seguinte, reproduz-se mais uma vez a informação de que a partir dos 40 anos os homens experimentam uma queda na produção de testosterona, definido agora como “o hormônio da libido”, sendo que 20% terão uma queda acima do normal. A isto, sem que a questão da reposição tivesse sido apresentada e discutida, acrescenta-se:

Usualmente essa reposição é feita por injeção, comprimido ou adesivos transdérmicos. Foi lançado recentemente na Europa um novo remédio à base de testosterona, o Nebido, do laboratório alemão Schering AG. Administrado por injeção, ele requer apenas quatro picadas por ano. Os outros medicamentos injetáveis exigem em média, 22 aplicações anuais. Os comprimidos devem ser tomados duas vezes ao dia. E os adesivos trocados diariamente. De uso mais simples, o Nebido promete aumentar a adesão do paciente ao tratamento. (Buchalla, 2005, p.77-78).

Estas indicações estão respaldadas no quadro que ocupa duas páginas intituladas “Ajuda química: os medicamentos que prometem combater as disfunções sexuais masculinas e femininas”. No caso dos homens, além dos remédios para ereção e ejaculação precoce, aparecem como já disponíveis para consumo os adesivos, injeções e comprimidos de testosterona (“o gatilho de desejo sexual”), e com previsão de ser lançado no segundo semestre de 2005, o tão bem apresentado Nebido. Como fontes dessas informações, temos Sidney Glina, então presidente da SBU e Luiz Otávio Torres, presidente da

Sociedade Latino-americana para o Estudo da Impotência e Sexualidade (Buchalla, 2005, p.73-74). E para terminar, duas informações também trabalhadas com insistência. A primeira é que “[g]raças aos remédios orais aintimpotência, nos últimos cinco anos quadruplicou o número de brasileiros que procuram ajuda para seus problemas sexuais” (Buchalla, 2005, p.77). No quadro denominado sugestivamente “Mais liberdade” acrescenta-se que no ano de 2000 apenas 10% dos brasileiros com disfunção erétil buscavam tratamento e que em 2005 já seriam 40%. A segunda informação relevante é a de que as companheiras desses homens teriam sido fundamentais para a procura de ajuda médica, tendo incentivado seus parceiros a tomar essa atitude em 56% dos casos em tratamento (Buchalla, 2005, p.78).

Em 2006 teríamos mais uma extensa matéria dessa vez intitulada “O hormônio da juventude: médicos perdem o medo de receitar a reposição de testosterona para homens de meia idade que apresentam queda acentuada de vigor físico” (Buchalla, 2006, p.116). Novamente a jornalista Ana Paula Buchalla assina o artigo que começa com um gráfico em duas páginas mostrando a variação nos níveis de testosterona ao longo da vida de um homem, indicando como fontes o *Male Aging Study* e o New England Research Institute, nos Estados Unidos. Desta vez somos informados que o pico de produção de testosterona ocorre aos 20 anos e que aos 30 o “hormônio da virilidade” começa a cair em média 1% ao ano. Aos 40, 20% dos homens já apresentariam sintomas decorrentes da queda hormonal como cansaço, irritabilidade e diminuição da libido. A partir dos 60, 30% e aos 70 anos, 50% dos homens sofreriam com a queda da testosterona (Buchalla, 2006, p.116-117). Não se pode deixar de notar que se

passa a falar da redução do hormônio e dos seus supostos efeitos para idades cada vez menores. Se antes o marco de redução de 1% ao ano era a partir dos 40, agora foi adiantado para os 30 anos.

A andropausa afetaria 20% dos homens que sofrem com irritabilidade, alterações do sono, dores, cansaço físico, desânimo generalizado, diminuição de desejo sexual e perda de potência. E acrescenta que esses sintomas “foram constatados por um estudo patrocinado pelo laboratório Schering do Brasil e coordenado pela psiquiatra Carmita Abdo, do Projeto Sexualidade (Prosex), do Hospital das Clínicas, de São Paulo”. Ao que se adiciona a frase “[c]omo se vê, o homem é mesmo a sua testosterona” (Buchalla, 2006, p.117). Segue dizendo que, se até pouco tempo atrás não havia consenso sobre a reposição hormonal, nos últimos cinco anos, mais de uma centena de estudos científicos mostrara a sua validade. Além disso, nenhuma pesquisa teria conseguido “provar com rigor” a associação entre reposição de testosterona e câncer de próstata e que, aos poucos, a ciência também começava a “derrubar outro mito”, de que a reposição seria fator de risco para doenças cardiovasculares. Entre outros especialistas temos mais uma vez Carmita Abdo dizendo que “[t]udo indica que o hormônio extra propicia que se viva mais e melhor” (Buchalla, 2006, p.118).

A testosterona, antes fator de risco, é agora transformada em fator de proteção contra doenças e incremento fundamental para quem busca longevidade e vida sexual ativa. O texto segue dizendo que “[a] testosterona está tão em evidência que, só no ano passado, foram publicados cerca de sessenta estudos sobre a sua reposição” (Buchalla, 2006, p.119) e que o mais impactante deles mostrava

que homens com deficiência de testosterona tinham mais chances de morrer e que 88% tinham risco maior de desenvolver doenças crônicas graves. A isto segue a declaração do urologista Sidney Glina, do Instituto H. Ellis, de São Paulo: “Diante das evidências, nós, médicos, perdemos o medo de receitar testosterona” (Buchalla, 2006, p.119).

A configuração da reposição da testosterona como “fato e evidência” passa ainda pela utilização de cifras referentes ao consumo, evidenciando a criação de um novo e produtivo mercado. A revista menciona que, segundo a consultoria IMS Health, as farmácias americanas receberam 2,4 milhões de prescrições em 2005, o que representava o dobro em relação a dois anos atrás. Cita ainda, sem dar a referência, um artigo no *The New England Journal of Medicine* que constatava um aumento de 500% nas vendas de suplementos de testosterona desde 1993. E finaliza: “[d]e acordo com as projeções da indústria farmacêutica, dentro de cinco anos esse mercado ultrapassará a casa do bilhão de dólares em faturamento” (Buchalla, 2006, p.119). Certamente temos aí explicitado um indício importante do interesse dos laboratórios farmacêuticos na construção da medicalização da andropausa.

O texto ainda menciona que, em países desenvolvidos, o exame de testosterona já teria se tornado um procedimento de rotina, confirmando a necessidade de ser mais incentivado aqui no Brasil. Termina propondo que a “absolvição da testosterona” pode estimular os homens a cuidarem mais da saúde, já que menos de 60% dos homens com mais de 40 anos visitariam um médico regularmente e que, quando o fazem, são levados por suas companheiras. Reforça-se assim a ideia, que seria mais recorrente nos anos

seguintes, da preocupação dos homens com a sexualidade, principal referência de interesse para usar a testosterona, e sua entrada mais consistente no universo dos cuidados e do consumo dos exames e tratamentos de saúde. E mais uma vez, as mulheres aparecem como aliadas estratégicas.

Em uma tentativa de mostrar como os tratamentos já estão sendo utilizados pelos homens brasileiros, a revista destaca depoimentos, com fotos, de dois empresários, de 44 e 68 anos, que atestam as benesses da reposição hormonal. Temos ainda dois quadros em relevo na mesma matéria. Um deles cita as indicações, advertências e contra-indicações do uso da testosterona sintética e explica suas formas de administração. São referidos adesivos transdérmicos (30% dos pacientes relatam irritação local), comprimidos (com o inconveniente de serem ingeridos duas vezes ao dia e com risco de alterações metabólicas acentuadas), implantes subcutâneos (contra-indicados para paciente idosos em função dos riscos de infecção), géis (não são relatados problemas associados). Mas, o que aparece em primeiro lugar na lista são as injeções intramusculares, apresentadas como o método mais utilizado de reposição hormonal. E se as mais antigas tinham o inconveniente de requerem em média 22 aplicações anuais, “[r]ecentemente foi lançada no Brasil uma nova injeção de testosterona, o Nebido, que requer apenas quatro picadas por ano. A outra vantagem é que ela evita alterações drásticas nas taxas hormonais” (Buchalla, 2006, p.120).

Além do Nebido ser destacado apenas pelas suas vantagens, é preciso dar atenção ao fato de que é o único medicamento cujo nome comercial é citado na reportagem. Isso aconteceria também em outras revistas e materiais de

imprensa. A menção explícita ao Nebido se repete, por exemplo, na matéria publicada na *Isto é* (Cortes et al, 2006), com o título “As fragilidades do homem: descobertas científicas estão mudando o entendimento do que ocorre no corpo e na mente dos indivíduos com mais de 40 anos”. Chamava a atenção para tratamentos da andropausa, responsável por repercussões importantes na vida do homem, como redução da força e energia, prejuízo à função cognitiva e menos desejo e potência sexual. Dentre as alternativas pesquisadas comentava-se que a “opção clássica” era a reposição de testosterona e que a novidade era o lançamento no Brasil do Nebido.

Na edição da *Veja* aqui analisada, o outro quadro em destaque é um teste que aparece com o título “A quantas anda o seu hormônio?”. Embora não seja citada a fonte, trata-se na verdade da reprodução da conhecida escala sobre o envelhecimento masculino (*Aging Male's Symptoms Scale – AMS*). O questionário é apresentado como instrumento que mede o grau de envelhecimento masculino a partir dos 40 anos de idade, com base em uma análise dos sintomas de queda na produção da testosterona. A novidade é que aqui, além das tradicionais 17 perguntas do teste, segue-se uma avaliação referente ao número de pontos obtidos por cada indivíduo. Quem teve como resultado entre 17 e 26 pontos, fica sabendo que pertence à “categoria de homens que ainda não sentiram os efeitos da baixa produção de testosterona”. Aquele com 27 a 36 pontos descobre que “os primeiros sintomas da queda de testosterona começam a aparecer” e que deve ficar “atento aos sinais que seu organismo emite”. Entre 37 e 49 pontos percebe que os sintomas “são ainda moderados, mas talvez já seja o caso de procurar orientação de um

especialista” que poderá indicar ou não a reposição hormonal. Já para quem obteve um escore de 50 pontos ou mais “a qualidade de vida está seriamente comprometida pela baixa na produção do hormônio testosterona”. Além disso, “[o] resultado do seu teste sugere que você deve procurar um médico para que ele avalie qual a melhor terapia de reposição hormonal para o seu caso” (Buchalla, 2006, p.119).

Em primeiro lugar, é preciso comentar que muito facilmente qualquer pessoa assinalaria positivamente, pelo menos nos graus “pouco” ou “moderado” quesitos tão genéricos como “redução da sensação de bem-estar geral”, “alterações no sono”, “sensação de cansaço” ou “irritabilidade”. Quem marcou 7 vezes a opção “nenhum” e dez vezes “pouco”, já entra na categoria de quem está sentindo os primeiros sintomas. E assim sucessivamente, com muita facilidade, os homens podem chegar às categorias subseqüentes e descobrir que estão em plena andropausa e que tem a obrigação de procurar orientação e tratamento. Nota-se ainda que no caso daqueles com mais de 50 pontos, para os quais bastava ter assinalado o grau “moderado” em todos os quesitos, a indicação de reposição é taxativa cabendo ao médico apenas decidir qual a melhor terapia.

Em 2007, a andropausa passa a ganhar destaque até mesmo em revistas femininas, como aparece na matéria “Andropausa: homens à beira de um ataque de nervos” publicada na *Claudia* (Nabuco, 2007). E especificamente a reprodução do questionário com base na AMS se encontrava em revistas de grande circulação, como na *Época* na edição de 26 de março de 2007. Trata-se na verdade de um anúncio da Schering, que traz o logotipo do laboratório no

alto da página, à esquerda. À direita, temos uma foto de um homem de não mais de 50 anos e no centro, em destaque, a sigla DAEM acompanhada da chamada “Homem com mais de 40 anos: se a falta de ânimo e de desejo sexual já fazem parte de sua vida, isto lhe interessa”. Abaixo temos uma explicação:

“DAEM significa Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (também conhecido como andropausa) e está diretamente relacionado ao decréscimo da produção de Testosterona após os 40 anos de idade. Entre os sintomas estão a perda da libido (desejo sexual), diminuição da massa muscular, perda da energia, depressão disfunção erétil e pode haver aumento do risco de doenças cardiovasculares. Se você tem mais de 40 anos e quer saber se tem sintomas relacionados ao DAEM, responda à escala abaixo e leve-a à consulta médica.” (*Época*, 26/03/2007, p.11)

IV.

É a partir da escala AMS que se produzem os primeiros dados referentes ao novo diagnóstico e que também se promove a sua divulgação. Trata-se assim de um instrumento fundamental nos planos da pesquisa e da discussão acadêmica, da produção de números que serão repetidos insistentemente como padrões de referência, da própria divulgação enquanto uma peça explicativa do que vem a ser a nova “doença” ou “distúrbio” e no âmbito do auto-diagnóstico, como ferramenta mediadora entre o possível paciente e a procura por atendimento médico e tratamento. Em se tratando dos clínicos, é a

escala que facilita e viabiliza um diagnóstico que é novo e pouco conhecido, permitindo e incitando a prescrição de um tipo específico de medicamento. No caso do material analisado, é preciso mencionar mais uma vez que o único nome de remédio com marca registrada que aparece é o Nebido, da Bayer Schering Farma, lançado no Brasil no mesmo período em que a andropausa começa a ser popularizada como tema de interesse.

O contexto mencionado se refere a uma conjunção de fatores entre os quais se destaca um processo mais geral de medicalização da vida relacionada à preeminência de uma associação bastante persistente entre saúde, juventude, beleza e atividade sexual que se traduz em uma série de prerrogativas e cuidados corporais que têm se desenvolvido de maneira mais intensa nas últimas décadas. A ampliação da cobertura dos diagnósticos sobre vários momentos e condições da vida, ao lado dos progressos tecnológicos que viabilizam um escrutínio maior do corpo, além de inovadoras possibilidades terapêuticas, certamente têm sido fatores importantes. Mas, no caso da andropausa, deve-se acrescentar outros aspectos que incidem exatamente sobre a conexão entre sexualidade e envelhecimento.

Em primeiro lugar, trata-se da inspiração no sucesso da transformação dos problemas da ereção em uma categoria médica específica, a disfunção erétil, surgida concomitantemente à “descoberta” das drogas que possibilitam seu tratamento. Já havia, portanto, um caminho aberto para que os homens atentassem mais para a sexualidade, traduzida e reduzida aqui na função erétil e um incentivo promovido publicamente através de diversas formas de divulgação para que procurassem acessar aos recursos disponíveis (Rohden,

2009). Um novo clima cultural e uma potente infra-estrutura médico-farmacêutica estavam disponíveis e puderam tornar possível a criação da andropausa (Marshal, 2007).

A configuração de um novo modelo de representação corporal centrado na importância dos hormônios para a definição das características individuais, sobretudo aquelas relacionadas à diferenciação sexual e à sexualidade, também tem destaque (Oudshoorn, 1994; Rohden, 2008). Acrescenta-se a isso o sucesso na medicalização da menopausa que, apesar dos riscos associados, é majoritariamente descrita, nos discursos biomédicos e leigos, como um período de perdas que precisam ser coibidas ou retardadas via os tratamentos de reposição hormonal (Senna, 2009). E por fim, tem relevância o desenvolvimento de uma agenda pública de reivindicação por maior atenção à saúde masculina, promovida pela articulação entre vários agentes entre os quais se destacam os urologistas, expressa até mesmo em novas políticas governamentais. Como enfatizam Carrara, Russo e Faro (2009), este movimento acabou se fundamentando em uma perspectiva de vulnerabilização dos homens que, longe de aparecerem como sujeitos demandantes de direitos, surgem como vítimas de sua própria natureza e da falta de cuidados.

O surgimento da andropausa como uma nova entidade que começa a fazer parte do cenário de atenção à saúde masculina, que recentemente se instaura no Brasil, permite levar mais a fundo a discussão sobre o processo de construção de novas doenças. Evidentemente, não está se afirmando a inexistência da andropausa ou de características percebidas pelos sujeitos em questão como relacionadas à dimensão física, como as taxas hormonais

medidas em laboratório ou as próprias sensações descritas pelos homens. Ao mesmo tempo, também não se pretende questionar a importância de que a população masculina tenha direito a uma atenção maior à saúde. Mas o que se tentou mostrar foram as articulações de interesses variados que estão associadas à produção da andropausa como uma nova categoria de diagnóstico e tratamento. A escala AMS, da forma como foi popularizada como uma espécie de medidor da masculinidade, o papel de cientistas e médicos e o destaque dado pela imprensa, em associação com as indústrias farmacêuticas, representam apenas algumas linhas de uma rede bastante heterogênea e complexa que, por uma congregação de interesses e disposições variados tem empurrado também os homens em direção de uma medicalização cada vez mais acentuada da sexualidade e envelhecimento.

Referências

- Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://bases.bvs.br>. Acesso em setembro de 2009.
- Buchalla, A. P. (2006). O hormônio da juventude. *Veja* 1986, 116-122.
- Buchalla, A. P. (2005). O termômetro da vida sexual. *Veja* 1888, 70-78.
- Carelli, G. (2002). As idades do sexo. *Veja* 1738, 74-79.
- Carrara, S. Russo, J. Faro, L. (2009). A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. 19 (3) 659-678.
- Cortes, C. Rodríguez, G. Feritas, JR. (2006). As fragilidades do homem. *Isto é* 1908. *Época*, 26 de março de 2007.
- Heinemann, L. (2003). et al. The Aging Male's Symptoms (AMS) scale: update And compilation of international versions. *Health and Quality of Life Outcomes*. 1-15.
- Heinemann, L. Moore, C. Dinger, J. Stoehr, D. (2006). Sentitivity as outcome measure of androgen replacement: the AMS scale. *Health and Quality of Life Outcome*, 4-23.
- Marhall, B. (2007). Climateric redux?: (Re)medicalizing the male menopause. *Men and masculinity*. 9, 509-529.
- Nabuco, C. (2007). Andropausa: homens à beira de um ataque de nervos. *Claudia*, 154 – 157.
- Oudshoorn, N. (1994). *Beyond the natural body, an archeology of sex hormones*. London and New York: Routledge.

Rodhen, F. (2008). O império dos hormônios e a constituição da diferença entre os sexos. *História, ciências, saúde – Manguinhos*. 15, 133-152.

Rodhen, F. (2009). Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Estudos Feministas* 17 (1), 89-109.

Rodhen, F. (2011). "O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horizontes Antropológicos* 17, 161–196.

Senna, R. A. (2009). *Passagens de idade: uma análise antropológica sobre as articulações entre o saber biomédico e o saber leigo no discurso de mulheres de camadas médias*. 2009. (Tese de Doutorado) IMS/Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Veja: Especial Homem. São Paulo, out. 2003. Número especial.

Formato de citación

Rodhen, F. (2012). A "criação" da andropausa no Brasil: articulações entre ciência, mídia e mercado e redefinições de sexualidade e envelhecimento. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2 (2), 196-219.
Disponível em: [www.http://revista.psico.edu.uy](http://revista.psico.edu.uy)
