

A testosterona faz mal? Reflexões antropológicas sobre o uso masculino de um hormônio¹

Lucas Tramontano (IMS-UERJ)

Palavras-chave: Testosterona. Molecularização. Biotecnologia.

Introdução

Ao pensarmos sobre o medicamento, é inevitável falar sobre uma série de ambiguidades. Diversos dualismos subjazem à própria definição de remédio como um insumo farmacêutico, e o medicamento parece constantemente borrar os limites entre seus polos. São feitas considerações acerca de sua função, como insumo de saúde ou mercadoria. Seu uso, pontual/agudo ou continuado/crônico, traz questionamentos acerca do que seria natural ou artificial, “biológico” ou “químico”. Se expandimos sua definição para incluir outras terapêuticas que não a biomédica, esbarramos em outra dicotomia: o “remédio” e o “medicamento”, em outras palavras, um uso “popular/leigo”, baseado num saber tradicional, ou o uso “médico”, calcado em um saber técnico e especializado, a partir do que é considerado evidência científica. Um medicamento serve para curar ou para tratar? Muito se fala em uma capacidade de aperfeiçoar, o que inclui ainda outra dimensão a essa ambiguidade original. Ao fazer uso de tal (bio)tecnologia, estaríamos gerindo nossa saúde e nossos corpos, num processo de ganho de autonomia, ou nos submetendo às normas impostas pela bilionária indústria farmacêutica, sendo, portanto, direta ou indiretamente controlados? Considerando a ampla utilização do medicamento nas sociedades ditas ocidentais (o que levanta ainda a questão do “uso racional” *versus* o uso “irracional”) e o crescimento de seu uso “recreativo”, quais seriam os sentidos de sua utilização em termos de legalidade ou ilegalidade?

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

¹ Trabalho apresentado na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 09 e 12 de dezembro de 2018, Brasília/DF.

sexualidade ou ao gênero. Focarei, então, esse último grande grupo, partindo de dados empíricos sobre o uso masculino da testosterona. Esta (como os outros hormônios chamados sexuais) pode ser vista como um caso paradigmático, no sentido de se tratar não de uma molécula estrangeira, mas de uma substância sintetizada pelo próprio organismo, que é ainda assim suplementada ou repostada, dando contornos singulares à discussão do que é natural ou artificial no uso de tal substância. É também uma substância amplamente distribuída no mercado ilegal, sabidamente utilizada com fins considerados estéticos e/ou recreativos, como nas “bombas” das academias de ginástica (onde a mesma substância é nomeada como “anabolizante” ou “esteroide”) ou como afrodisíaco entre mulheres². Mesmo seu uso médico, na reposição hormonal masculina, é questionado, sendo considerado por muitos críticos e por parcela da profissão médica mais um tônico do que um medicamento, e seu valor terapêutico é diversas vezes tratado como um aprimoramento. Pela própria ação fisiológica do hormônio, seus efeitos são múltiplos, difusos e de difícil predição – característica aprofundada pelo caráter simbólico e pela generificação dos hormônios sexuais descrita por Nelly Oudshoorn (1994). Ainda assim, os principais efeitos descritos seriam sobre comportamento, personalidade e atividade sexual, campos rodeados por diversas polêmicas e disputados por profissionais cuja expertise deriva de tradições conflitantes e por vezes contraditórias.

Outro uso propagado da testosterona envolve o trânsito de gênero. Nessa possibilidade especificamente, os limites dos dualismos aqui privilegiados são ainda mais traiçoeiros. A própria concepção do que seria natural ou não nesse caso é inevitavelmente atravessada por posições políticas frente a concepções de sexo e gênero, às quais o conhecimento científico servirá de suporte e não de prova genuína e irrefutável. De forma análoga, na perspectiva de um uso “ilegal” ou plenamente prescrito e supervisionado, a testosterona terá efeitos (especialmente os adversos) distintos, ganhando juízos de valor respectivamente negativos ou positivos, muitas vezes, pelos mesmos profissionais. Cruzando com as posturas de ativistas, que ora defendem seu uso como um direito básico, ora o denunciam como um avanço do controle médico sobre a vida das pessoas, definir a reposição/suplementação da testosterona como uma escolha consciente ou uma imposição se torna uma difícil tarefa.

Uma ferramenta útil para pensarmos o lugar social da testosterona, e do medicamento em geral, nas sociedades ocidentais contemporâneas, seria o conceito de

² Para uma discussão detalhada sobre uso de testosterona entre mulheres, ver Livi Faro, 2016.

medicalização e suas variantes. Peter Conrad (2007) afirma que, nos últimos 40 anos, a medicina passou a considerar como problemas de saúde uma série de condições e comportamentos que até então não eram percebidos dessa forma. Tais problemas passaram a ser descritos e pensados em termos médicos, associados a um diagnóstico preciso e a uma terapêutica específica. A medicalização seria, portanto, um processo que transforma “problemas da vida”, não médicos, em doenças passíveis de tratamento. Se inicialmente o termo tinha um tom acusatório da profissão médica, que seria a grande responsável pelo que era percebido como um excessivo controle sobre os indivíduos, essa postura foi revista no momento em que admite-se que os próprios indivíduos medicalizados demandam medicalização. Inclusive, o conceito passou a incluir conotações positivas; medicalização não é necessariamente ruim, e, se por um lado controla, pode também libertar (ZORZANELLI et al, 2014).

Para Nikolas Rose (2013), o século XXI assiste a uma nova etapa no processo de regulação dos corpos. Seria um aprofundamento da biopolítica, conforme pensada por Michel Foucault (2006), através do avanço de uma “biomedicina tecnológica”, cada vez mais dependente de máquinas e equipamentos, que sustenta e é sustentada por uma visão molecular do corpo e de seu funcionamento. Rose (2013, p. 26-7) se utiliza dos conceitos de Ludwick Fleck (2010) para refletir acerca dessa virada molecular da biomedicina, argumentando que a profusão de novas explicações moleculares para mecanismos fisiológicos já conhecidos, e a identificação de interações entre substâncias a nível celular e genômico, marcam a emergência de um novo estilo de pensamento, mobilizando leigos e (bio)especialistas num amplo coletivo de pensamento.

Assim, o processo de molecularização da vida favorece o recurso farmacológico toda vez que o mesmo estiver disponível, seja para qual condição for. A intensa produção de novos diagnósticos, embalada pela necessidade da indústria farmacêutica em tornar comercializáveis seus produtos inovadores, leva a uma inevitável “farmacologização do cotidiano”, nos termos de Nick Fox e Kate Ward (2008). A disseminação de usos não convencionais do medicamento através das práticas de prescrição *off-label* cria uma relação mais frouxa com o medicamento, e também mais íntima. Essa nova visão parece estar de acordo com a expansão da biomedicalização descrita por Adele Clarke et al (2003), sendo especialmente importante para o campo dos problemas (médicos) da sexualidade e/ou de gênero.

Nessa perspectiva, o presente trabalho parte de minha pesquisa de doutorado, defendida em 2017 nas Ciências Humanas e Saúde do Instituto de Medicinal Social da

Uerj (IMS-UERJ), sob orientação de Jane Araújo Russo. A pesquisa se baseou em dados obtidos a partir de relatos de história de vida de 21 homens, entre cisgêneros (14) e transexuais (7). Em relação à idade, a amostra variou entre 26 e 66 anos, com significativa concentração na faixa etária de 30 a 40 anos (9). Já no que tange à raça/cor, houve forte concentração de homens brancos (15) em oposição a pardos (4) e negros (2). A orientação sexual foi um marcador mais paritário, somando 10 homens heterossexuais e 9 homossexuais, além de um homem pansexual e um bissexual. Vale ressaltar que tanto raça/cor quanto orientação sexual foram definidas pela auto identificação dos interlocutores no período da entrevista, em 2016. As ocupações profissionais eram muito díspares, porém, a maior parte da amostra possui curso superior, e tem uma ocupação adequada à escolaridade, com apenas 3 exceções. Por fim, em relação à localidade, houve ampla concentração no Rio de Janeiro (13) e São Paulo (5), havendo apenas 1 interlocutor residindo em Pernambuco, 1 no Rio Grande do Sul, e 1 temporariamente na Califórnia-USA, mas vindo de Minas Gerais³.

A escolha do método seguiu os pressupostos teórico-metodológicos da tese, que se apoia no conceito de vida social das coisas, conforme pensado por Igor Kopytoff (2008) e Arjun Appadurai (2008). Partindo da noção de que o medicamento é uma “coisa”, Geest, Whyte e Hardon (1996, p.156) organizam uma ordem biográfica na vida do medicamento, cuja maior especificidade seria o fato de que é em sua fase “póstuma” que o mesmo apresenta sua eficácia, “o cumprimento de seu propósito de vida”, quando opera a alteração orgânica esperada pelo usuário. Logo, o “*post-mortem*” é justamente o seu objetivo último, e os autores afirmam que a eficácia do medicamento é uma “construção cultural com dimensões tanto biológicas quanto sociais”, e depende de um contexto de crenças e expectativas no poder do fármaco que serão reiteradas na interação social com diversos atores ao longo da história de vida do medicamento.

Portanto, o efeito terapêutico de um medicamento não pode ser reduzido à sua substância química. O seu “efeito total do fármaco” depende também de atributos não químicos da droga tais como a sua cor, nome e proveniência; de propriedades do receptor e do prescritor; e das situações em que o medicamento é entregue e consumido. [...] Entretanto, se a eficácia é culturalmente construída, então os efeitos colaterais também o são (GEEST; WHYTE; HARDON, 1996, p.167-8, tradução livre⁴).

³ A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do IMS-UERJ, registrada na Plataforma Brasil sob o número CAAE 48725515.8.0000.5260, e todos os interlocutores assinam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As limitações impostas por essa exigência, considerando que muitos dos entrevistados fazem um uso considerado ilegal da testosterona, foi também discutida na tese, porém, escapa ao escopo desse trabalho.

⁴ No original: “Therefore, the therapeutic effect of a medicine cannot be reduced to its chemical substance. Its ‘total drug effect’ depends also on nonchemical attributes of the drug such as its color,

Como minha proposta na tese era descrever diferentes vidas da testosterona, a técnica de coleta de dados que pareceu mais adequada foi o relato de história de vida. Com isso, não pretendia simplesmente ouvir a reconstrução biográfica dos interlocutores sobre o uso de uma substância química. O relato de história de vida é uma estratégia de compreensão da interseção entre duas biografias: a dos homens entrevistados, e a da testosterona (em suas vidas). É, portanto, uma biografia dupla, construída na relação entre eles e o hormônio.

Para a presente análise, optei por um recorte que focasse os efeitos colaterais adversos, os problemas relatados no uso da testosterona. Entendendo que a testosterona causará necessariamente algum impacto orgânico, uma inevitável preocupação sanitária emerge: a testosterona faz mal? Essa pergunta me foi feita incontáveis vezes ao longo da pesquisa por pessoas díspares. Assim, a intenção aqui é contrastar as falas de meus interlocutores, apresentadas logo a seguir, com a análise de alguns discursos que aparecem frequentemente associados à testosterona na investigação científica e mesmo no senso comum. Com isso, busco pôr em perspectiva diferentes percepções sobre as consequências do uso entre homens de uma molécula polêmica e de forte apelo popular.

O que dizem os homens

A partir dos relatos de meus interlocutores sobre possíveis complicações causadas pelo hormônio, torna-se inegável que a testosterona pode causar problemas, ainda que eles tendessem a desacreditá-los ou minimizá-los. Perguntados diretamente, a resposta era inevitavelmente negativa: *“eu não tive efeito colateral nenhum, até porque diz que também não tem efeito nenhum, então...”* (João Pedro); *“Não, eu sempre fazia exame de sangue, acompanhava e não deu nenhuma alteração significativa”* (Sílvio); *“Não...preciso até fazer exames, mas assim...mas aparentemente nada. Nada, nada, nada, nada!”* (Otávio); *“Não, acho...não que eu consiga lembrar assim, nada muito [...] não, nada que eu possa...nada que cause um...que desagrade tanto que eu consiga lembrar agora”* (Flávio, TB)⁵. Ainda que pouco mencionados espontaneamente,

name, and provenance; on properties of the recipient and prescriber; and on the situations in which the medicine is delivered and consumed [...] However, if efficacy is culturally constructed, then so are the side effects”.

⁵ Nos trechos de entrevista, usarei itálico para diferenciar de citações da literatura. Os nomes dos interlocutores são fictícios, e repetem os nomes utilizados na tese. Ver Tramontano, 2017b.

insistindo durante as entrevistas, eles traziam alguns episódios ruins decorrentes do uso, entre os quais destaco os de maior relevância.

Evandro apresentou problemas orgânicos inespecíficos, e o que definiu como “psicológico”: *“acho que é o desequilíbrio das suas taxas hormonais e do seu metabolismo, porque mexe tanto, até com o seu psicológico. [Em que sentido?] Na hora de você ficar assim...muito mais estressado, você não conseguir conter aquilo”*. Cabe ressaltar que os principais efeitos da testosterona em meu campo se concentravam em torno da força física, do aumento do desejo sexual (entendido como “libido”) e da agressividade, vista de forma ambivalente pelos meus interlocutores (TRAMONTANO, 2017b). Nesse trabalho, porém, centrarei a análise nos efeitos considerados inquestionavelmente negativos.

Seguindo com os relatos, Fernando diluiu os possíveis efeitos “corporais” numa mudança de comportamento (em geral e na prática sexual) que chegou a afetar seu casamento, mas, mesmo isso, se pergunta se tais mudanças seriam mesmo *“uma questão da testosterona”*. Frederico também descreveu mudanças não físicas com o uso do hormônio (*“eu era uma pessoa mais polivalente [...] um assunto não atrapalhava o outro [...] sim, eu fiquei mais disperso”*), ainda que, quando lhe perguntei diretamente sobre efeitos desagradáveis, a resposta tenha sido: *“Nossa, nenhum!”*. Augusto também relatou problemas que poderíamos chamar de “cognitivos”, e afirmou que outros amigos seus sentiram o mesmo: *“muito problema de memória, assim, de esquecer as coisas, não só...tipo assim, a palavra tá na minha cabeça, mas eu não consigo, não lembro de falar. E coisas também, tipo, aconteceu anteontem, às vezes eu não lembro, eu tenho que forçar pra lembrar”*.

Os problemas envolvendo o desejo sexual foram mais ambíguos, mas também incômodos em casos específicos. Entre os homens trans e os fisiculturistas profissionais, o aumento causado pela testosterona foi considerado mais um incômodo que uma vantagem; opostamente, para outros interlocutores, o problema estava ao parar de usar o hormônio, o que leva, por *feedback* negativo⁶, a uma diminuição brusca do desejo, e, para desespero de meus interlocutores, graves problemas de ereção.

⁶ “Entre os mecanismos de controle mais comuns da fisiologia animal está o *feedback* (ou retroalimentação) negativo, que, de forma leiga, se daria da seguinte maneira: ao identificar o excesso de uma determinada substância, uma alça metabólica é ativada no sentido de inibir a via de produção de tal substância. De forma análoga, pode-se também estimular a produção de outra substância que inative ou degrade aquela em excesso, e constantemente ocorrem ambos os processos simultaneamente.” (TRAMONTANO, 2017a, p.181).

Foram comuns relatos de contusões e lesões variadas na prática da musculação associadas à testosterona. Vale ressaltar, porém, que esse é um efeito do aumento da força física, que leva o usuário a aumentar (até dobrar) a carga levantada para além dos limites do músculo, não podendo, portanto, ser considerado um efeito direto da testosterona. Relatos de reações locais são comuns, e, analogamente, são consequências da via de administração injetável mais do que do hormônio. O problema mais grave relatado, sem sombra de dúvida, volta às questões sexuais: devido ao excesso de testosterona, novamente por *feedback* negativo, o testículo interrompe a produção, causando uma forte atrofia (“*eu tava com o testículo do tamanho de uma azeitona!*”, Paulo), frequentemente associada a uma intensa dor. A atrofia não foi um problema apenas para os homens cis; os trans também relatam uma atrofia do canal vaginal, muito incômoda para aqueles que têm na penetração vaginal uma prática sexual. Para os outros, a atrofia levava a uma preocupação com possíveis problemas de saúde decorrentes, notadamente câncer.

O que foi muito comum nos relatos era apresentar efeitos negativos, mas rapidamente justificá-los com alguma outra explicação. Leandro traz um exemplo:

Tive alteração de glicemia. Foi isso a coisa do pré-diabético né, que eu contesto um pouco, sabe, [...] Acho que isso também tem a ver com lobby farmacêutico, tem outras questões aí. Mas assim, tem uma coisa do fígado que não...eu também ouço isso de outros caras, o teu fígado já não é o mesmo que foi um dia, né? Alguns momentos você sente alterações do fígado...claras assim, mas o meu está bem ainda, é considerado um bom fígado [...] Eu já tive também estenose nesse período, que ele diz que está controlado, mas que também acontece com n pessoas. [...] Osso. Eu faço densitometria com regularidade. Ele diz que tem um déficit de vitamina D, que também tem que ser corrigido porque a gente tem perda, mas as minhas estão sob controle.

Frequentemente, os problemas eram associados a um “uso errado” da testosterona, principalmente por usuários mais experientes do hormônio. Vejamos o que disse Claudio.

Não vejo efeito negativo não. Até porque o ser humano é movido à base de hormônios, os hormônios é que determinam tudo em você. O que a gente está fazendo é dando uma carga a mais. Então, o seu corpo já...aquilo não é uma coisa estranha, ele conhece, entendeu, uma testo, mesmo que seja exógena, ele conhece! Você está só aumentando os níveis dela. E, negativamente, só vejo essa parte reprodutiva. Só! Pro homem, né? Pra mulher, tem outros colaterais, é...o fenótipo da mulher muda [risos] a virilização, mas pra homem não [Fala-se muito de fígado, que vai ter câncer, o que você acha?] É, óbvio que, enquanto estiver fazendo uso do medicamento, você tem que fazer um controle [...] um acompanhamento, entendeu, disso tudo para que não fuja do que você espera, tanto que, se der alguma alteração, tem que se, óbvio, prezar pela saúde, parar com o uso e consertar o que está ruim. Mas, se você fizer continuamente com acompanhamento, e se você fizer uso corretamente das drogas, não tem o que dar errado! Teoricamente. Óbvio que se a pessoa tiver uma pré-disposição genética, isso não tem jeito. Mas...pode acontecer? Pode, mas...

É interessante como Claudio reivindicou uma “naturalidade” da testosterona. Tive contato com esse argumento pela primeira vez em fóruns sobre fisiculturismo na internet, mas Claudio foi o único que fez essa argumentação. Outro ponto dessa fala que merece destaque é que a assertividade que ele passa ao afirmar que “não tem o que dar errado” é suavizada pelo “teoricamente”. Temos aí mais uma ambiguidade da testosterona: é natural e não faz mal, mas apenas “teoricamente”; sempre haverá algum outro fator que irá justificar os casos que dão errado. Essa postura fica clara na fala de Antônio, que disse não ter nenhum efeito colateral, contudo, mais à frente na entrevista, surgiram vários, todos também explicáveis.

Os efeitos colaterais, o único assim que eu sinto, bem dizer, é que eu não consigo dormir. Eu fico com insônia direto quando estou tomando. [...] assim, impaciente bem dizer, quase todo mundo fica, mas assim agressivo...muito difícil eu ficar, mesmo tomando anabolizante. [...] muita gente fala, mas é aquilo né, varia do gênio da pessoa. Aquela pessoa que já tem o pavio curto, aí, anabolizante, fica mais ainda! [Falamos muito em efeitos no fígado.] Bom, eu, graças a deus, até hoje nunca, porque é aquilo, né, a pessoa sabe que aquilo faz mal, quais são as coisas negativas dela e não se previne, por exemplo, não pode beber, não pode ficar comendo comida gordurosa, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo e continua fazendo. Tipo, tomou um negócio, sabe que faz mal, sabe que se tomar as outras coisas vai piorar, então vai lá e faz. [Você falou que o povo dá uma zoada que vai ficar broxa] Já ouvi falar, já ouvi falar já que ficou. As vezes queda de cabelo. [Você teve?] Não. [E acne?] Isso, bem dizer, também é normal, dependendo da sua alimentação. Se você tomar e comer muita coisa gordurosa... [...] Eu, quando era mais novo, tomava anabolizante, principalmente a testosterona, Durateston, e comia bastante besteira e ficava cheio de acne, cheio de espinha. Aí, depois de um tempo, fui mudando a alimentação...sumiu, sumiu tudo!

No mesmo sentido, Jorge, que se apresentou como um “macaco velho” no uso de testosterona, deslocou novamente para esse “uso errado” todos os problemas mais frequentes no uso do hormônio, desconstruindo efeito por efeito. Acne? “*drogas feitas em fundo de quintal*”; “*suplemento vagabundo*”; “*comer porcaria*”. Pelos? “*o cara preferiu raspar, começou a crescer. É porque raspou*”. Calvície? “*Aí você tem que ver se é da alimentação ou se é da droga vagabunda que o pessoal está usando, ou se está tomando demais*”. Problemas de ereção, libido, atrofia testicular? “*É do mau uso! Neginho vai, fica tomando um ano, um ano e meio. [...] Aí, para de tomar, a produção de testosterona dele estava zerada*”. Problemas no fígado? “*o cara senta o pau no frango que é uma ignorância! [...] E isso aí sobrecarrega o fígado [...] é o conjunto, é o anabolizante, é a má alimentação, aí vem somando.*” Ginecomastia? “*você tá jogando*”

três Durateston por semana, você já tá tendo aromatização⁷. O excesso disso já tá virando estrogênio”.

A partir dessas falas, percebemos que, à exceção das atrofia, que são difíceis de ignorar, todos os outros efeitos negativos são relativizados, dissolvidos em fatores alheios à testosterona. Porém, ninguém ignora que existem casos, como a mídia e o discurso médico hegemônico fazem questão de noticiar, de pessoas que tiveram problemas graves, até fatais, obviamente em função do uso de esteroides. Como lidar com essa aparente contradição?

Guita Debert (1994), conversando com mulheres e homens mais velhos que adotaram o discurso da “terceira idade” ou “velhice ativa”, percebeu que

todos os informantes procuram estabelecer uma distinção entre os velhos em geral e a sua experiência pessoal enquanto participantes das associações [de aposentados] e programas [da terceira idade]. Falar dos velhos em geral é reproduzir uma série de estereótipos com os quais a velhice é tratada [...] Falar da experiência pessoal nos programas ou associações é, pelo contrário, enumerar uma série de atitudes e atividades que fazem o informante radicalmente distinto dos outros idosos, mesmo quando ele considera que sua idade é avançada (DEBERT, 1994, p.48).

Repetindo a mesma lógica, meus interlocutores deslocavam os efeitos adversos da testosterona para um “Outro”, que concentrava todos os problemas do uso. Ainda mais interessante, esse “Outro” era alvo de todos os estigmas que meus interlocutores descreveram como injustos e hipócritas quando aplicados sobre si. Mesmo quando percebem (ou torna-se impossível disfarçar) consequências nefastas do uso sobre seus corpos e suas vidas, esses homens organizavam alguma justificativa que os tornava “radicalmente distintos” dos outros usuários. Nesse ponto, o meu campo repete o observado por Azize e Araújo (2003, p.144) sobre usuários de Viagra: “No que se refere à construção da masculinidade no campo discursivo, é recorrente o uso de comparações com outros homens. Existe um ‘outro’ que aparece no discurso dos entrevistados, por vezes como uma referência positiva [...] por vezes como uma referência negativa”. Em campo, pude identificar três principais “outros” da testosterona: o fisiculturista; o usuário leigo dos fóruns da internet; e o homem trans machista. A análise dessas personagens foge ao escopo desse trabalho, mas faço essa menção para explicitar como os males

⁷ A aromatização, processo químico responsável por aromatizar, ou seja, formar um anel aromático, é a maneira pela qual o organismo produz estrogênios. Na via biossintética dos hormônios sexuais, a última etapa corresponde à ação da enzima aromatase, podendo se dar por duas vias: a partir da androstenediona, formando estrona, ou da testosterona, formando estradiol. Esse processo é favorecido quando há um excesso de androgênios no corpo, e é mais comum com alguns compostos de testosterona do que com outros, o que justifica a fala de Jorge.

causados pela testosterona são dissolvidos nesse deslocamento, protegendo a molécula, e consequentemente seus usuários, de possíveis críticas pelo uso.

Estilos de pensamento sobre a testosterona

Um dos resultados da pesquisa apontava as divergências entre determinados coletivos de pensamento acerca da adesão ou da recusa ao uso da testosterona. Por coletivo de pensamento, compreendo o conceito de Fleck (2010), descrito a seguir:

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

Ao longo desse processo, não apenas certos fenômenos irão se destacar como objetos primordiais do coletivo de pensamento, mas a própria forma como os mesmos serão abordados passará por alguns constrangimentos, privilegiando uma dentre incontáveis outras abordagens possíveis. É a esses limites epistemológicos que Fleck se refere quando fala num “estilo de pensamento” característico do coletivo de pensamento.

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

É portanto a partir da maneira como os coletivos aqui analisados se posicionam frente à oposição sobre usar ou não a testosterona, tendendo a preferir um ou outro polo da mesma (ao contrário do que ocorre no cotidiano dos usuários), que surgem os posicionamentos favoráveis (por vezes, até permissivos) e contrários, ou ao menos reticentes, ao uso do hormônio. Ainda seguindo o raciocínio de Fleck (2010), os diferentes coletivos de pensamento têm capacidades diversas de “difusão de enunciados”, ou seja, de difusão de seu estilo de pensamento para outros coletivos concorrentes. Num mundo fortemente medicalizado e molecularizado, o discurso médico-científico apresenta a maior capacidade de difusão. Isso fica explícito quando, em campo, meus interlocutores se viam obrigados a justificar seu uso respondendo a críticas informadas justamente por um discurso médico que ganhou a mídia e o senso comum. Contudo, outros coletivos disputam a narrativa, com maior ou menor capacidade de difusão. Passo agora a apresentar aqueles que identifiquei como tendo um maior impacto no campo.

Apesar das críticas, e mesmo dos potenciais males, há uma inegável disseminação do consumo de testosterona na sociedade. A pergunta que intitula o trabalho, portanto, passa pelas dicotomias que apresentei anteriormente na Introdução, a saber, natural/legal/controle x artificial/ilegal/autonomia. Há diversas respostas possíveis a esse dilema, bastante atual em nossa sociedade, e assumir qualquer lado dessa disputa me remete ao ensaio de Peter Fry e Sérgio Carrara (2016) sobre as diferentes posições acerca da origem da homossexualidade.

Os autores partem de um embate público entre duas posições muito polarizadas, a do pastor Silas Malafaia, para quem a homossexualidade é uma “escolha”, e pode, portanto, ser “revertida” ou evitada; e a resposta do geneticista Eli Vieira, que defendeu a importância de um fator genético no estabelecimento da orientação sexual, de forma que a mesma seria imutável. A questão se torna mais complexa à medida que outros atores se posicionam na polêmica. Para desacreditar o discurso homofóbico do pastor, e sua defesa da possibilidade de uma “cura gay”, ativistas dos Direitos Humanos e militantes LGBT tenderam a apoiar o geneticista, de forma que se viram inevitavelmente defendendo que a homossexualidade é inata. Assim, na questão sobre a origem da homossexualidade, os dois polos são ocupados por atores muito distintos, e normalmente antagônicos. De um lado, defendendo que não há uma base inata na homossexualidade, estão neopentecostais e teóricos construtivistas; de outro, defendendo que existe um substrato genético na orientação sexual, estão cientistas biomédicos e ativistas LGBT. Fry e Carrara (2016, p.271) enfatizam que “posições construtivistas e essencialistas não são tão facilmente conciliáveis”, e se perguntam qual seria o lugar do antropólogo nessa estranha divisão. Acredito que uma controvérsia muito semelhante ocorra em relação à legitimidade do uso da testosterona, que pode também ser expandida para incluir outros medicamentos no limiar do terapêutico e do aprimoramento. Para explicitar esse ponto, porém, é preciso definir antes quais são os coletivos de pensamento que ocupam cada posição nesse quadro.

A indústria farmacêutica é uma das indústrias mais poderosas do mundo, movimentando quantias na casa dos bilhões. Como qualquer indústria, seu objetivo é a maximização do lucro. As estratégias de *marketing* da indústria, porém, são consideradas excessivamente agressivas já há muito tempo, como bem demonstrado por Marcia Angell (2009). O incômodo social com as frequentes posturas antiéticas da indústria farmacêutica decorre justamente da natureza de seus produtos; estamos falando de algo que tem o potencial de salvar (ou matar) populações inteiras. Aliás, é exatamente através

da retórica de que medicamentos salvam vidas e povos que a indústria irá defender a aprovação (e conseqüente liberação) de medicamentos. As maiores polêmicas envolvendo a indústria estão associadas a medicamentos de estilo de vida, questionáveis sob diferentes pontos de vista, mas cujo consumo é largamente incentivado pela indústria. De fato, é interessante para a indústria que haja um amplo e crescente consumo de medicamentos no mundo, de forma que ela adotará uma posição pró-uso de substâncias, como o faz claramente no caso da testosterona.

Se o posicionamento da indústria é óbvio, o da medicina é mais nuançado. Certamente, existem parcelas da profissão médica que se associam à indústria, e, portanto, tenderão a incentivar o uso. Uma acusação comum à clínica atualmente é o hábito de uma prescrição compulsória de medicamentos no consultório médico. Vale lembrar que, atualmente, a indústria assumiu o lugar de formação continuada do clínico. Isso sugere que os clínicos estariam alinhados à indústria, o que não é tão linear; diversos autores/as argumentam que os pacientes exigem a prescrição medicamentosa, e inclusive avaliam a qualidade do atendimento a partir desse parâmetro (GEEST; WHYTE, 2011). Porém, prescrever medicamentos não significa que os médicos sejam favoráveis a um uso pleno dessas substâncias. A medicina é a porta-voz de um discurso muito crítico em relação ao uso da testosterona *fora da supervisão do profissional*. Nessa perspectiva, caberia ao médico “domar” o potencial tóxico dos fármacos, de forma que dificilmente veremos um médico defendendo publicamente que as pessoas sejam livres para decidir o que tomar.

Claramente contrários a uma maior liberdade do uso de medicamentos, especialmente aqueles com maior caráter de aprimoramento, estão os bioeticistas analisados por Rose (2013), que falam num processo de “medicamentização” desnecessário e contraproducente da humanidade, que seria influência do poderio econômico da indústria farmacêutica, duramente criticada por esse grupo. Todavia, a crítica à indústria não se restringe ao campo da bioética. Diversos teóricos, de diferentes áreas das ciências humanas e sociais (principalmente na Saúde Coletiva), irão questionar as práticas da indústria e o processo de medicalização, que tende a construir patologias, diagnósticos e medicamentos simultaneamente. Menos explícitos do que os bioeticistas, esses críticos nem sempre se posicionam contrários ao uso de substâncias; porém, uma ideia de que há um consumo excessivo que poderia (deveria?) ser evitado permanece subjacente nesses discursos. Em relação ao uso de psicotrópicos e de medicamentos associados à sexualidade, o tom de crítica recrudesce, e fala-se inclusive num controle farmacológico da população, e na invasão da vida e dos corpos das pessoas pela indústria

e seus produtos. Nesse ponto, temos algumas vertentes do feminismo (enquanto teoria e prática política) que denunciam o escrutínio médico do corpo das mulheres principalmente, mas expandindo para a sociedade como um todo no século XX, que seria representado, ainda que não apenas, por um consumo de medicamentos lido como excessivo.

Porém, nem todas as pessoas consideram que tomar um medicamento signifique ser controlado pela indústria farmacêutica e/ou pela medicina. Pelo contrário, uma certa vanguarda artística, acadêmica e militante defende a liberação virtualmente irrestrita do uso de substâncias exatamente como forma de subversão desse controle, a partir de um discurso marcado por uma perspectiva pós-estruturalista. Se o antônimo do controle é a autonomia, aqui, a posição pró-uso ganha ares de um direito, de uma autonomia sobre o próprio corpo. Ainda que seja o mesmo argumento feminista contrário à violência médica sobre as mulheres, para esse grupo, a resposta não deve ser a recusa, mas o uso amplo e irrestrito do medicamento. Especificamente no caso da testosterona, esse grupo é composto por pessoas de diferentes expressões de gênero que utilizam o hormônio justamente como forma de questionar o paradigma binário. A experiência de Paul Preciado (2013) é um exemplo ideal desse caso. O autor defende que a posição dos ativistas do *software* livre seja aplicada também ao uso de medicamentos, que passa a ser tratado como uma questão de direitos: “Temos o direito de exigir a propriedade coletiva e ‘comum’ dos biocódigos de gênero, sexo e raça” (PRECIADO, 2013, p.352). Curiosamente, a ideia da testosterona como um direito também está presente no discurso de médicos que defendem a reposição do hormônio em casos de Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM) que observei em minha pesquisa de mestrado (TRAMONTANO, 2012). Entretanto, uma característica dessa controvérsia é exatamente a repetição dos mesmos argumentos na defesa de posições antagônicas, ou na fala de grupos normalmente de lados opostos.

A partir da definição dos coletivos de pensamento, torna-se possível organizar as diferentes posições em torno da ideia de liberação do uso de substâncias, opondo discursos favoráveis e contrários ou reticentes em relação ao uso. Para facilitar a visualização e a exposição de meus argumentos, busquei sintetizar esses discursos de forma gráfica, numa imagem que reproduzo a seguir.

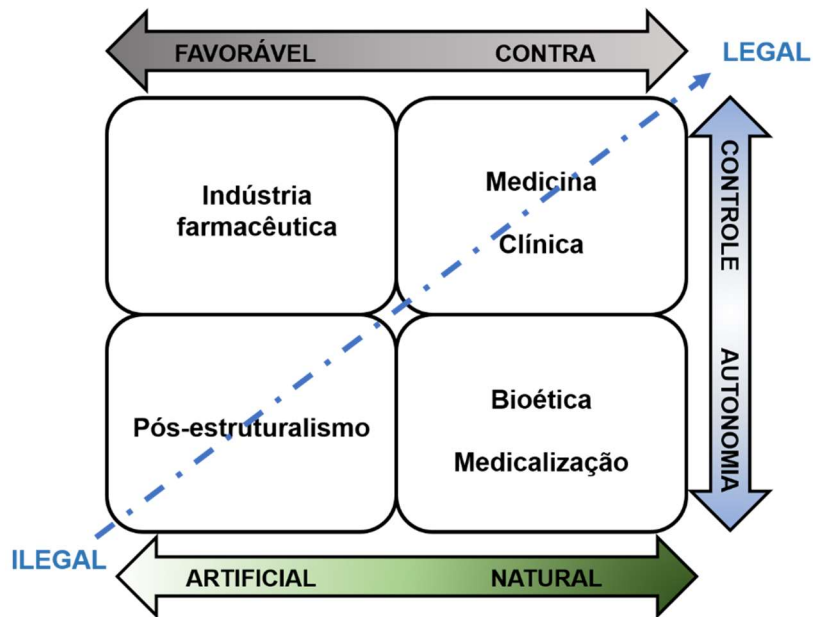


Figura 1: Estilos de pensamento sobre o uso de testosterona

Assim, se pensamos do ponto de vista da dicotomia controle/autonomia, por exemplo, temos os teóricos da medicalização e os bioeticistas defendendo que a recusa ao uso massivo de hormônios sexuais é uma questão de autonomia sobre o próprio corpo e o processo saúde-doença, que a biopolítica alienaria. Porém, os “*hackers* de gênero” (PRECIADO, 2013) defendem o direito ao uso do hormônio como uma questão, justamente, de autonomia. De forma análoga, a indústria farmacêutica, que incentiva um uso mais livre, é acusada por ambos os grupos de tentar controlar os corpos das pessoas com seus produtos, e a mesma acusação será direcionada à medicina (especialmente à clínica), que seria contrária ao uso livre para manter a hegemonia dos médicos sobre a saúde das pessoas. A diferença entre essas críticas é sutil: para uns, o controle seria pela restrição ao uso e ao comércio de medicamentos; para outros, pelo incentivo ao consumo excessivo.

Pensando em outra dicotomia, natural/artificial, novamente entramos num terreno pantanoso. As posições pró-uso são acusadas pelos bioeticistas de não se contentarem com a restauração de corpos à normalidade orgânica, avançando no sentido de uma artificialização desses corpos. Por outro lado, a recusa ao uso excessivo mal esconde uma tentativa de preservar uma suposta naturalidade do corpo “puro”, um argumento comum dos médicos contrários ao uso de anabolizantes, e a base de sustentação do discurso anti-*doping* no esporte. Muitos textos acadêmicos, ao qualificar a ereção ou os orgasmos aditivados pelo Viagra e pela testosterona como antinaturais, acabam por reconstruir uma

noção de que o corpo “realmente” natural seja aquele que prescindir do uso dessas substâncias.

Fechando as três dicotomias apresentadas, a discussão sobre legalidade x ilegalidade se apresenta de forma mais transversal nos estilos de pensamento observados. O uso ilegal⁸ é inerente entre os grupos que defendem o uso independente da prescrição médica; em certa medida, tomar testosterona por conta própria é visto como uma atitude quase revolucionária, repetindo a lógica da autonomia através da negação do poderio biomédico. Já o discurso mais hegemônico da medicina varia, corroborando ou criticando o uso justamente a partir do acompanhamento médico, de forma que o uso ilegal é descrito como algo mortal, e o uso legal, dotado de diversas vantagens, como já argumentei antes. Podemos então dizer que a medicina só apoia o uso na legalidade. Para a indústria farmacêutica, a legalidade é relativamente irrelevante: sendo por vias legais ou não, o que importa é a venda de seu produto, mesmo que não seja desprezível uma aliança com a profissão médica que tenderia a incentivar o recurso ao profissional⁹. Por fim, para os críticos ao processo de biomedicalização, o próprio uso é questionável, mesmo com acompanhamento médico, tornando a questão da legalidade secundária, ainda que o coletivo tenda a uma maior tolerância quando há um profissional de saúde envolvido.

Considerações Finais

A partir da fala dos usuários, fica explícito que a pergunta se a testosterona faz mal tem pouco sentido prático. Para os homens entrevistados, ela em geral não faz mal nenhum; os problemas decorrentes do uso não são mencionados espontaneamente, aparecendo apenas quando estimulados. Além disso, há um deslizamento que lança sobre um “Outro” os possíveis malefícios da testosterona. Os problemas vêm do erro, da inexperiência ou da ausência de disciplina. É interessante notar como a descrição desse outro é decorrente de uma posição relativa dos homens frente a diferentes imagens de masculinidade. George Mosse (1996), analisando a imagem do homem moderno no Ocidente, descreve como a masculinidade depende, para se estabelecer como norma, da

⁸ Nesse ponto, me refiro menos às questões sobre o acesso ao hormônio, mas foco aqueles usos não plenamente legitimados por algum discurso considerado oficial, normalmente, o biomédico. Para uma discussão mais aprofundada, ver Tramontano, 2017b.

⁹ A discussão não cabe nesse trabalho, mas vale lembrar que, à exceção dos EUA e da Nova Zelândia, os países têm legislações que proíbem a publicidade direta ao consumidor, levando a uma certa dependência da indústria farmacêutica à anuência da profissão médica (os prescritores) acerca de seus produtos. A possibilidade de compra de medicamentos pela internet, porém, traz novos contornos a essa questão.

comparação com um contratipo (*countertypes*), que concentra as características consideradas negativas para o estereótipo de homem de uma dada sociedade. Esse movimento fica bem explícito na fala de meus interlocutores sobre quem são os homens que estão exagerando e, por conseguinte, se prejudicando com o uso da testosterona.

Talvez ainda mais importante nesse trabalho sejam as considerações de Raewyn Connel (2005) sobre a noção de múltiplas masculinidades. Atributos serão considerados hegemônicos ou subordinados a partir da localização relativa dos homens numa interseção entre diferentes marcadores sociais da diferença. Assim, no campo, características que eram apontadas como muito positivas num contexto, para um certo tipo de homem, eram justamente aquelas descritas como indesejadas por outros. Em última instância, o que vinha a definir o adjetivo utilizado dependia de fatores como raça, orientação sexual, regionalidade e idade. O que escapava ao esperado de um homem a partir dessas características era o que pertencia ao “Outro” que sofre/sofrerá os efeitos adversos da testosterona.

Entretanto, a interseccionalidade não era o único fator nessa equação. Ainda que ela definisse os parâmetros desse outro homem, era muito perceptível nas entrevistas que as críticas (tanto recebidas quanto proferidas) eram construídas a partir de relatos estruturados, que chamei de estilos de pensamento. Nesse raciocínio, duas questões emergem. Primeiro, as falas dos interlocutores se organizavam em resposta a esses discursos, de alguma forma já disponíveis e acessíveis ao senso comum. Seja confirmando ou refutando, o que ocorria na prática é uma retroalimentação, que os mantêm presentes na cultura¹⁰. Segundo, tais discursos se apresentam numa posição hermética, em larga medida independente do que de fato revela a experiência vivida dos usuários; tanto que, por vezes, soavam incompreensíveis ou simplesmente falsos, especialmente aqueles mais proibicionistas e fatalistas em relação ao uso.

A partir do quadro gerado pela análise dessas narrativas, fica claro que qualquer dessas posições é relativa, e, ao optar por uma, alguém provavelmente se verá ao lado de um grupo com um discurso antagônico ao seu, como aconteceu com a antropologia frente à discussão sobre a origem da homossexualidade (FRY; CARRARA, 2016, p.273). Dessa forma, considero que seja um problema responder à pergunta se testosterona faz mal. Primeiro, porque fará inevitavelmente, é uma ambiguidade inerente aos fármacos. Segundo, porque os motivos, sejam pró ou contra o uso da testosterona, são complexos

¹⁰ Nesse ponto, penso mais no sentido de uma coprodução, conforme defendido por Sheila Jasanoff (2006), do que uma mera apropriação.

demais para que se adote uma postura inequívoca. Terceiro, porque, numa sociedade que vive um amplo processo de molecularização, a decisão do uso, o gerenciamento dos riscos e a resolução de suas possíveis consequências cabem exclusivamente ao indivíduo, autônomo e “atomizado”.

Adaptando a reflexão dos antropólogos à nossa questão, cabe perguntar qual a validade, teórica e política, de insistirmos em dicotomias que simplesmente não se sustentam. A testosterona é terapêutica ou é só aprimoramento? Um aprimoramento sempre produz um corpo artificial? Ainda que admitamos que exista um corpo natural, faz sentido defendê-lo e reivindicá-lo? Qual o problema de não ter um corpo “puro”? É a legalidade que torna a testosterona legítima? O uso ilegal é sempre perigoso? O uso legal não tem riscos? Quando tomamos um medicamento, somos controlados ou exercemos nosso direito de autonomia? Não tenho respostas a nenhuma dessas perguntas, e acredito que elas não devam ser respondidas. Mais útil é explorarmos as ambiguidades que as tornam de difícil resposta, e, através delas, pensar o lugar do uso de medicamentos que perpassam questões de gênero e sexualidade. Indo além, talvez o que importa seja nos debruçarmos sobre as linhas de força que perpassam nossa insistência em perguntar se a testosterona, ou qualquer outra substância, faz mal.

Referências

- ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2009.
- APPADURAI, Arjun. Introdução: mercadorias e a política de valor. In: _____. (Ed.). *A vida social das coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural*. Niterói: EdUFF, 2008. p. 15-88.
- AZIZE, Rogerio; ARAÚJO, Emanuelle. A pílula azul: uma análise de representações sobre masculinidade em face do Viagra. *Antropolítica*, nº 14, p.133-151, 2003.
- CLARKE, Adele; SHIM, Janet; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth; FISHMAN, Jennifer. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness and US biomedicine. *American Sociological Review*, v. 68, p. 161-194, 2003.
- CONNEL, Raewyn. *Masculinities: Second Edition*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2005.
- CONRAD, Peter. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

- DEBERT, Guita. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 34, nº 12, p.39-56, 1997.
- FARO, Livi Ferreira Testoni de. “*Mulher com bigode nem o diabo pode*”: Um estudo sobre testosterona, sexualidade feminina e biomedicalização. 2016. 292 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- FLECK, Ludwick. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- FOX, Nick; WARD, Katie. Pharma in the bedroom...and the kitchen...The pharmaceuticalisation of daily life. *Sociology of Health & Illness*, v.30, nº 6, p. 856-868, 2008.
- FRY, Peter; CARRARA, Sérgio. “*Se oriente, rapaz!*”: onde ficam os antropólogos em relação a pastores, geneticistas e tantos “outros” na controvérsia sobre as causas da homossexualidade? *Revista Antropologia*, São Paulo, v. 59, nº 1, p. 258-280, abr 2016.
- GEEST, Sjaak van der; WHYTE, Susan R. O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 14, nº 2, p. 457-472, jul/dez 2011.
- GEEST, Sjaak van der; WHYTE, Susan R.; HARDON, Anita. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, v. 25, p. 153-178, 1996.
- JASANOFF, Sheila (Ed.) *States of knowledge: the co-production of science and social order*. Londres e Nova York: Routledge, 2006.
- KOPYTOFF, Igor. A biografia cultural das coisas: a mercantilização como processo. In: APPADURAI, Arjun (Ed.). *A vida social das coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural*. Niterói: EdUFF, 2008. p. 89-121.
- MOSSE, George L. *The image of man: the creation of modern masculinity*. Nova York: Oxford University Press, 1996.
- OUDSHOORN, Nelly. *Beyond the natural body: an archeology of sex hormones*. Londres e New York: Routledge, 1994.
- PRECIADO, Paul. *Testo Junkie: sex, drugs, and biopolitics in the pharmacopornographic era*. New York: Feminist Press, 2013.

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

TRAMONTANO, Lucas. “*Continue a nadar*”: sobre testosterona, envelhecimento e masculinidade. Março de 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

TRAMONTANO, Lucas. A fixação e a transitoriedade do gênero molecular. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 23, nº 47, p. 163-189, jan/abr 2017a.

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

ZORZANELLI, Rafaela; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JR., Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, nº 6, p.1859-1868, 2014.