

O novo homem velho: sobre o uso de biotecnologias como qualidade de vida

Lucas Tramontano¹

Resumo

Os avanços feministas e LGBT, ao questionarem os papéis sociais de gênero, tensionam a masculinidade hegemônica, que tem de se reinventar para manter o dimorfismo sexual e o patriarcado. Assim, atividades antes consideradas exclusivamente femininas são disponibilizadas e esperadas também de homens. Tais mudanças, entretanto, são justificadas em atributos característicos da masculinidade hegemônica tradicional. Em paralelo, assistimos também mudanças nas representações sociais da velhice, com o surgimento do conceito de "velhice ativa" e uma grande preocupação com a maximização da "qualidade de vida" nessa fase da vida. Além disso, vivemos uma erotização da velhice, e manter-se ativo sexualmente é associado à qualidade de vida. Tratamentos como a reposição hormonal de testosterona, com seu caráter de aperfeiçoamento, unificam esses novos ideais de masculinidade e velhice sob a égide da medicina sexual, medicalizando os corpos e a sexualidade de homens velhos sob o pretexto do aumento da qualidade de vida.

Palavras-chave: testosterona; masculinidade; envelhecimento; medicalização; qualidade de vida

Abstract

The feminist and LGBT agendas question the gender roles, tensing hegemonic masculinity, that has to reinvent itself to maintain the sexual dimorphism and the patriarchy. Thus, activities once considered exclusively female are also available and expected of men. Such changes, however, are justified in attributes characteristic of traditional hegemonic masculinity. In parallel, we also observe changes in social representations of aging, with the emergence of the concept of "active aging" and a major concern with maximizing the "quality of life" in this phase of life. Moreover, we live an erotization of aging, where to remain sexually active is associated with quality of life. Enhancing treatments such as the testosterone replacement therapy unify these new ideals of masculinity and aging under the aegis of sexual medicine, medicalizing the bodies and sexuality of old men under the guise of increasing their quality of life.

Keywords: testosterone; masculinity; aging; medicalization; quality of life

Introdução

"Afinal, existe mesmo andropausa? Mas acontece alguma coisa com os homens, não acontece?". Essas perguntas surgiam cada vez que eu dizia o que estudava no

¹ Doutorando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ) e pesquisador assistente do Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM), estuda questões relacionadas ao uso de testosterona e suas relações com masculinidade e envelhecimento.

mestrado, quando analisei entrevistas semi-estruturadas feitas com médicos urologistas e endocrinologistas² para obtenção do grau de mestrado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da UERJ, defendido em março de 2012. Ninguém parecia totalmente convencido de que os homens experimentassem algo como a menopausa feminina, entendida como um fenômeno bem mais drástico. Mas de alguma forma existia uma sensação de que algo de fato acontece no envelhecimento masculino, mesmo que as pessoas não soubessem expressar claramente o quê. Portanto, quando dizia que a andropausa, ao menos para os médicos, realmente existe e é considerada uma doença, todos tendiam a concordar. Vários homens de "meia-idade" me perguntavam se eu achava que eles estavam na andropausa, para depois dar suas próprias opiniões sobre sua "condição", ora corroborando com o discurso médico, ora negando-o, atribuindo os sintomas da suposta andropausa a questões sociais e psicológicas. Essas falas tendiam a se misturar com ideias sobre envelhecer bem e com "qualidade de vida", e os dois fenômenos - a velhice e a andropausa - estavam bem articulados no imaginário das pessoas.

As justificativas para a existência dessa "condição" variavam bastante mas, de um jeito ou de outro, as pessoas ao menos já ouviram falar de andropausa, mas não sabem muito bem o que significa. Na verdade, mesmo a comunidade científica não parece bem certa do que seja essa "doença" - aliás, é uma doença de fato? Sua definição está sempre cercada de dúvidas, questionada até por seus legítimos "inventores". Mas todos parecem concordar que alguma coisa acontece com os homens que chegam até "certa idade". E qual seria essa idade? Essa resposta varia mais do que as taxas hormonais dos corpos acometidos pela andropausa. Ora é a velhice avançada, atingindo homens já legalmente idosos; ora está nos homens da misteriosa "meia-idade"; ora seus sinais já começam a aparecer no início da vida adulta. Como coloca Debert (1997), essas etapas da vida são cada vez mais dissociadas de uma delimitação cronológica, o que, na prática, ao menos para a população geral, só aumenta a confusão sobre o que acontece com os corpos dos homens que envelhecem.

² A escolha por essas especialidades se deu pelo fato de serem esses os principais profissionais responsáveis pelo diagnóstico de andropausa no cenário brasileiro. Algumas diferenças de abordagem são perceptíveis de uma especialidade para outra, porém essa análise sairia do escopo desse artigo.

Neste artigo, pretendo abordar como um diagnóstico e, em especial, seu tratamento, são acionados pelo discurso médico para justificar cientificamente novas representações sociais de masculinidade e envelhecimento. Para isso, partirei da análise das entrevistas citadas, principalmente no que tange o conceito de "qualidade de vida" como um ideal a ser buscado a partir da meia-idade. Nesse caminho, serão necessárias algumas definições sobre a própria patologia e a reposição de testosterona, além de considerações sobre as mudanças pelas quais a masculinidade hegemônica e a velhice masculina passam nos dias atuais.³

O Diagnóstico

A definição mais consensual entre a comunidade científica é que ocorre uma baixa na produção de testosterona a partir de uma certa idade, estabelecendo um quadro patológico que pode receber diversas nomenclaturas, dependendo, entre outros fatores, de qual especialidade médica o descreve. Entretanto, principalmente na comunidade médica brasileira, tende-se a chamar de "Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino" (DAEM) ou, em menor frequência, "hipogonadismo masculino tardio",⁴ cujo principal sintoma seria a queda de libido, entendida como sinônimo de desejo sexual. Vale destacar o caráter bioquímico da doença - é uma deficiência hormonal -, apagando outras perspectivas que possibilitariam um entendimento mais "psíquico" da patologia. Essa visão exclusivamente fisiológica das disfunções sexuais marca a abordagem mecanicista do corpo estabelecida pela medicina sexual, que substitui a sexologia com suas visões mais psicológicas/comportamentais, além de lançar a urologia como a principal especialidade médica responsável pela "saúde sexual masculina", em explícita associação com a indústria farmacêutica. No caso do DAEM especificamente, por se tratar de uma deficiência hormonal, essa hegemonia urológica é questionada pelos

³Os trechos de entrevista citados serão apresentados entre aspas e em itálico ao longo do texto, seguido do nome fictício do/a médico/a e sua especialidade - urologista ou endocrinologista. Todas as entrevistas foram realizadas e transcritas pelo autor.

⁴ Vários nomes são e foram historicamente utilizados para se referir à patologia, entre os quais destaco "climatério masculino" ou "climatério viril", "andropausa", "hipogonadismo" e "DAEM". Ao longo do artigo, opto por utilizar a sigla DAEM, de acordo com o que meus informantes consideram a nomenclatura mais "correta".

endocrinologistas, que se apresentam como os mais aptos a tratar a condição, já que o tratamento seria a reposição de testosterona.

Segundo Marshall e Katz (2002), o primeiro a definir a condição como uma patologia teria sido Sir Henry Halford, médico do rei George III da Inglaterra em 1813, mas seus achados só se popularizaram décadas depois. E já para o médico inglês, havia uma dificuldade em definir os limites da patologia e do envelhecimento normal, um problema que ainda acompanha o diagnóstico de DAEM nos dias atuais. Da mesma forma, o período que marca o início da doença também já era confuso no século XIX; Sir Henry afirma que poderia ser "em qualquer momento entre 50 e 75 anos de idade" (Halford, 1831 *apud* Marshall e Katz, 2002: 47). Não podemos esquecer, contudo, que o declínio sexual da velhice, no século XIX, era considerado uma consequência do "excesso libidinoso" ao longo da vida, logo, não havia grandes esforços para tratar o chamado à época "climatério", pois a atividade sexual na velhice era ainda moralmente recriminável.

No século XX, a preocupação com o envelhecimento ganha maior destaque, e com a descoberta dos hormônios sexuais, o climatério ganha outros contornos. Já nas primeiras décadas desse século, ainda segundo Marshall e Katz (2002), o declínio sexual masculino associado à idade passa a ser entendido como uma emasculação, uma feminilização; essa ideia se cristaliza com a teoria hormonal do corpo conforme descrita por Oudshoorn (1994), que apresenta os hormônios sexuais como essências do sexo/gênero. Com a síntese industrial de testosterona e sua possível comercialização, nos anos 1930, a menopausa masculina volta à cena, sob o nome de "climatério viril" (Oudshoorn, 1994: 101), e a terapia de reposição de testosterona se torna o tratamento indicado. A partir daí, a disfunção sexual se torna o principal sintoma, mas ainda esbarra na questão moral da (a)sexualidade dos idosos, e por isso, o diagnóstico e tratamento permanecem um tanto nebulosos.

A situação começa a mudar nos anos 1960, quando torna-se mais aceitável a atividade sexual depois do período reprodutivo (Rohden, 2011). Hepsworth e Featherstone (1999) apontam que a ideia de uma menopausa masculina só recebe espaço na mídia e a atenção do público leigo na década seguinte. Porém, a andropausa só ganha força de fato nos anos 1990, quando as pesquisas sobre disfunção erétil (DE)

e a medicina sexual se voltam para a sexualidade masculina, em detrimento do foco na mulher ou no casal heterossexual que caracterizava a sexologia até então.

Controvérsias à parte, o DAEM é definido pelos urologistas como uma patologia que acomete homens a partir da meia-idade (em torno dos 40/50 anos), quando a taxa hormonal de testosterona começa a diminuir gradativamente, causando uma série de sintomas

principalmente relacionados a diminuição da libido (desejo sexual), alteração do desempenho e da frequência sexual, cansaço físico e mental, irritabilidade, perda de massa muscular, aumento de gordura da região abdominal, perda de pelos, alteração da textura da pele, que fica mais fina, e em alguns casos, osteoporose (Sociedade Brasileira de Urologia, 2012).

A diminuição da taxa de testosterona é considerada um processo natural do envelhecimento, mas pode ocorrer precoce e mais intensamente em alguns homens, que recebem o diagnóstico de DAEM e para os quais é prescrito um tratamento de reposição hormonal de testosterona. A negação do termo andropausa vem numa necessidade de diferenciação da menopausa feminina; ao contrário das mulheres, não há uma "pausa", um "corte" na produção hormonal, apenas uma diminuição bruta. Além disso, não acometerá todos os homens, como a menopausa feminina.

O principal problema do diagnóstico, porém, é que muitos dos sintomas descritos no DAEM são esperados em (senão característicos de) indivíduos mais velhos, *"são sintomas que cursam geralmente com o envelhecimento, então é um pouco difícil de você avaliar"* (Roberta, endocrinologista). Uma conclusão que pude chegar a partir dos entrevistas é que o DAEM é confuso e cheio de condicionantes, mesmo para os especialistas no assunto: *"o diagnóstico do DAEM não é assim tão simples"*, causando *"uma confusão tão grande entre até os próprios especialistas que lidam com isso"* (Roberta, endocrinologista). Para o urologista Edgar, na prática, os médicos *"não encontram ainda uma segurança, ou seja, ainda são pouco esclarecidos para esse tópico, e aí o indivíduo [o paciente] acaba por não ser tratado adequadamente"*.

Como vivemos um período de mudança de representações sociais acerca da velhice, o que poderíamos chamar de velho "tradicional" é um indivíduo assexuado, tão dependente dos outros e tão doente que o sexo tem pouco espaço em sua vida. Se a própria prática sexual é (era) negligenciada, disfunções sexuais são também pouco importantes, ou minimizadas por "problemas mais sérios". A invenção da terceira

idade e o ideal do velho ativo e saudável possibilita a atividade sexual desses senhores, como se subitamente os velhos tivessem (re)descoberto o sexo, e, portanto, a preocupação com sua saúde sexual passa a figurar entre os principais problemas do "novo" velho, como fica explícito na ideia de uma compulsória "erotização da velhice" descrita Debert e Brigeiro (2012). Como a terceira idade demanda valores da juventude, e a masculinidade hegemônica supervaloriza a "predação sexual", para usar um termo de Vale de Almeida (2000), não é de se espantar que um conjunto de sintomas até então vistos como parte do envelhecimento sejam patologizados, em especial, sintomas sexuais. Isso pode explicar a dificuldade que os próprios médicos sentiram quando lhes pedi que diferenciassem o DAEM, o patológico, do envelhecimento natural, o normal.

De toda forma, o conceito de terceira idade traz a possibilidade de uma nova velhice, ou, como argumenta Debert (1997), problematiza uma etapa da vida que recebia pouca atenção até então. A recusa da imagem tradicional do "velho" é tão intensa que poderíamos dizer que mais do que uma reformulação, vivemos um período de negação ou recusa da velhice. Nesse ínterim, a meia-idade se torna uma fase crítica da vida, um grande momento decisório, mas seus limites são muito confusos, e defini-la num intervalo etário é uma tarefa extremamente difícil mesmo para seus defensores.

Entretanto, é exatamente para essa fase que se voltam os discursos sobre DAEM. Por mais que os profissionais envolvidos admitam que a patologia acometa homens algumas décadas mais velhos, é na meia-idade que devem surgir as preocupações a esse respeito, e são esses homens o público-alvo da publicidade que populariza a patologia. Como a definição dessa etapa da vida é muito frouxa, aqueles que se percebem nela são pegos numa interseção entre dois discursos: um voltado para homens ainda jovens, que devem se tornar os "novos homens"; e outro direcionado a um público mais velho, que deve abraçar os ideais da terceira idade. Portanto, o DAEM parece se localizar numa encruzilhada, unificando novos ideais de masculinidade e envelhecimento, sob a égide da medicina sexual e seus tratamentos farmacológicos. Mais do que um mero aprofundamento do olhar médico sobre a sexualidade masculina, a disfunção de certa forma consolida esses novos discursos, emprestando-

lhes a incontestável autoridade médico-científica, num processo dialético de construção.

A Terceira Idade e o ideal de "velhice ativa"

Para que o DAEM e a reposição hormonal masculina se estabelecessem, era preciso antes algumas mudanças na imagem do homem velho, e nas expectativas que a sociedade têm sobre o envelhecer. Podemos localizar uma passagem importante nesse processo com o surgimento do conceito de Terceira Idade, que estabelece uma nova relação das pessoas com o corpo que envelhece e com as atividades e comportamentos socialmente referendados aos velhos. A imagem do velho decrépito, dependente e ocioso torna-se mais distante da realidade (ou do desejo) das pessoas, substituída pela ideia da "aposentadoria ativa", do velho que ocupa seu tempo com atividades físicas e lazer. Mais do que isso, essa ideia passa a ser veiculada pela mídia e reforçada pelo discurso médico como a maneira digna de se envelhecer (Debert, 1997; Peixoto, 2003; Simões, 2003).

Para Debert (1997), algumas condições estão envolvidas nesse deslizamento de velhice para Terceira Idade. Se antes a velhice nas sociedades industrializadas era associada à perda de *status* e redução do indivíduo a um fardo para a família e o Estado, a aposentadoria/pensão garante direitos sociais exclusivos para essa faixa etária e possibilita a todos os "aposentados" gozar de alguma estabilidade financeira.

Outros fatores seriam mudanças na própria estrutura familiar. Na modelo anterior de família extensa, havia espaço para os avós, tios-avós e congêneres, que ocupavam o lugar de agregados, e, por mais dependentes que fossem, cabiam naquela estrutura, como "velhos". A família nuclear (pai, mãe e filhos) não só impossibilita esse espaço, como, pela extrema individualização dos membros familiares, as idades são de certa forma dissolvidas, nivelando todos enquanto "indivíduos". Marcadores da idade no corpo são suavizados, ou desaparecem, com crianças sendo tratadas como adultos, adultos se vestindo como adolescentes, etc. (Russo, 1987). Nessa estrutura nuclearizada, o antigo velho tem que se individualizar também, ser mais autônomo e independente dos laços familiares, abraçando os ideais da terceira idade e tornando-se um "idoso".

Uma terceira condição relevante para a criação da terceira idade seriam novas concepções de corpo e saúde que surgem no fim do século XX, segundo as quais os corpos são plásticos e podem ser aprimorados; "[a]s imperfeições do corpo não são naturais nem imutáveis" (Debert, 1997: 42). Quando boa aparência se torna sinônimo de bem-estar e saúde, e o indivíduo passa a ser responsável pela manutenção (ou busca) dessa aparência, todo um controle de práticas e comportamentos deve ser adotado. Como nos lembra a autora, a recompensa pelo corpo ascético, nesse caso, não é uma elevação espiritual, mas a própria beleza. Se um dos principais estigmas da velhice é o fim da beleza estética, resignificar a velhice passa por uma necessidade de vigilância constante da aparência, iniciada já na juventude.

Além disso, mudanças no mercado de trabalho possibilitam que pessoas mais jovens se aposentem, rompendo com a ideia de que a aposentadoria marca a entrada numa fase improdutiva. Uma consequência desse processo é a criação de etapas intermediárias entre o adulto produtivo e o velho inativo, como a meia-idade e a terceira idade. Na verdade, essas fases seriam o momento ideal para a realização de projetos deixados de lado ao longo da vida, garantidos pela estabilidade financeira trazida pela aposentadoria, e com respaldo social, já que tal indivíduo cumpriu seus deveres para com a comunidade (medido em anos de serviço), podendo se dedicar sem culpa a uma vida mais hedonista. Assim, percebemos que surgem possibilidades de reconfiguração pessoal em faixas etárias nas quais, até então, apenas colhia-se os frutos plantados ao longo da trajetória de vida. Mais do que isso, há uma ideia de "uma nova chance" para formação de um eu, de descoberta de novos potenciais, uma volta à juventude, a uma etapa onde tudo é mais possível, sem as definições rígidas de si que a maturidade traz. Dialogando com Rohden (2011), a meia-idade é, pois, um ponto-chave, o momento de uma "escolha", quando o indivíduo decide se continuará rumo à velhice avançada ou se irá reinventar-se, absorvendo os ideais da terceira idade.

O discurso médico-científico da Gerontologia é um dos principais articuladores dessa nova velhice. A gerontologia pode ser entendida como um campo amplo, que inclui a geriatria como especialidade médica, mas também a psicologia, as ciências sociais, a história, a economia e a arquitetura (Brigeiro, 2000). No final dos anos 1970, a gerontologia passa a incorporar um discurso mais construtivista, que destaca a

centralidade da dimensão cultural nas representações da velhice em detrimento do determinismo biológico que caracterizou o surgimento da medicina sexual no mesmo período. Por outro lado, essa forte influência das Ciências Humanas pode ter colaborado para uma ideia, mais ou menos difundida, de que "não há limites para o sucesso do investimento cultural/tecnológico sobre o corpo" (Debert, 1997: 52); a desnaturalização radical do envelhecimento, por mais que se pretenda libertária, acaba por abrir espaço para uma total reinterpretação da velhice sob a lente da terceira idade, novamente homogeneizando (normatizando) a relação das pessoas com a velhice e com seu próprio corpo. Conforme Brigeiro (2000: 10):

Considerando que essa área do saber tem afirmado sua legitimidade no tratamento das questões do envelhecimento, ela também é concebida como uma instância reguladora do social, impondo novas formas de gestão do envelhecimento, na medida em que pretende afirmar cientificamente a melhor forma de viver na idade avançada, modelando a expressão sentimental em torno da questão.

As experiências chanceladas por esse novo discurso mostram idosos ativos, sem grandes agravos de saúde, de boa aparência e forma física invejável por muitos jovens. São velhos felizes, de bem com a vida, produtivos, que acompanham as inovações tecnológicas, se dedicam a seus *hobbies* e têm vida social; modelos vivos de como se deve envelhecer bem e saudável. Essa imagem da terceira idade se torna o ideal que deve ser perseguido por todos ainda na juventude; mais do que isso, a culpa pela dependência é imputada ao próprio idoso, que não adotou a ascese necessária, já que "o curso da vida, como o estilo de vida de alguém, deve ser considerado menos uma questão de destino e mais um problema de responsabilidade e construção individuais" (Hepworth e Featherstone, 1999: 277). A velhice avançada, o velho doente que não pode mais participar de nenhuma atividade, não deixa de existir, ele apenas é adiado, como que dissolvido pelo prazer e satisfação pessoal atingidos na terceira idade - já chamada por discursos mais politicamente corretos de Melhor Idade. Assim, observamos o avançar de um processo de medicalização (e psicologização) da velhice, que deixa de ser vista como uma etapa natural da vida.

Nessa perspectiva, a meia-idade ocupa talvez a mais frágil das posições. As pessoas nessa faixa etária, que ora se localiza em torno dos 40, ora em torno dos 50 anos, não são consideradas ainda legalmente idosas, podendo então ser vistas como numa espécie de "pré-velhice". Porém, se na fase legalmente entendida como velhice, os

discursos visam resgatar a juventude, e antes da meia-idade, é-se ainda jovem, seria na meia-idade o momento da perda da jovialidade? E, já que não há definição clara do início dessa etapa, quando exatamente deixa-se de ser jovem? Ou seria a meia-idade um sinônimo para a fase propriamente adulta, pós "jovem adulto"? De toda forma, as pessoas nessa faixa etária estão espremidas entre dois momentos opostos da vida, mas que paradoxalmente se assemelham cada vez mais, ao menos na esfera do ideal. O homem de meia-idade está numa encruzilhada; não é mais um homem jovem, mas ainda não é um homem velho, de maneira que está exposto simultaneamente aos discursos voltados para ambas as fases que o delimitam. De certa forma, poderíamos pensar na meia-idade como uma adolescência, uma etapa de transição entre dois momentos marcantes da vida, cheia de potencialidades, esperanças e riscos.

Conforme descrito por Debert e Brigeiro (2012), as pesquisas gerontológicas apontam para uma velhice andrógina, na qual os papéis de gênero se misturam e, por fim, se apagam. As mulheres são masculinizadas ao perderem a capacidade reprodutiva, e os homens, feminilizados, ao perderem o vigor, a força física e o papel de provedor. Ao se aposentarem, os homens passariam a ter uma vida mais doméstica, portanto, mais feminina, enquanto o esvaziamento do lar com a saída dos filhos torna um pouco inútil o papel da dona-de-casa. Porém, essa "desgenerificação" na velhice traz em si algo de bastante perturbador para o pensamento biomédico, desde a virada do século XVIII para o XIX obcecado com as diferenças entre homens e mulheres, como nos mostra Laqueur (2001): a perda de atributos característicos dos gêneros tem o potencial de demonstrar a artificialidade da própria diferenciação sexual. Portanto, a biomedicina precisa dar respostas que mantenham a assimetria homem-mulher, e a Terceira Idade aparece como uma recharacterização do gênero na velhice, reinscrevendo os lugares dos homens e das mulheres nessa nova fase da vida e evitando um "perigoso" borrimento da diferenciação sexual. O desafio passa a ser manter o dimorfismo num período no qual os papéis sociais de gênero vêm sendo questionados de uma maneira geral, independente da faixa etária. Para nos focarmos no objeto desse artigo, na sequência analiso brevemente algumas transformações no ideal de masculinidade hegemônica que caracterizam esse processo.

A masculinidade moderna no Ocidente é muito bem descrita no trabalho de George Mosse (1996). O autor aponta como o ideal de masculinidade modela e é modelado pelos padrões de moralidade e comportamento da época na qual se estabelece, em torno da segunda metade do século XVIII e o início do XIX, na Europa, e retrata uma série de atributos desejáveis para a burguesia, como poder, força física, honra, coragem, força de vontade e autocontrole. Uma vez que o homem se torna o padrão de toda a humanidade, a ponto dos dois termos serem usados de forma intercambiável, vários desses atributos se tornam desejáveis (e esperados) para todas as pessoas.

Uma série de discriminações advém dessa ênfase na forma que marca o que poderíamos chamar de masculinidade hegemônica. Focando no ponto de interesse desse trabalho, o envelhecimento traz um declínio da aparência física. Considerando que os principais atributos da masculinidade são característicos da juventude, e que a própria masculinidade está associada à jovialidade, já que é marcada pela força e destreza necessárias, por exemplo, para o desempenho de atividades físicas e para a "arte da guerra", então ficar velho significaria um rompimento com a imagem do homem, e "seus corpos mal-formados seriam em si mesmos um sinal de sua degeneração" (Mosse, 1996: 6).

Essa desestabilização da figura masculina na velhice é bastante problemática, e produz uma demanda por estratégias que possibilitem contorná-la, passando por mudança de hábitos e comportamentos, consumo de produtos que sejam capazes de adiar os sinais do envelhecimento, e ainda abre as portas para a medicalização do corpo masculino a partir de certa idade. O objetivo de tais práticas seria manter, ou retornar àquele ideal de homem, íntegro e vigoroso. Não apenas o medo da perda da potência (e, portanto, do estatuto do macho) favorece a busca por auxílio médico, mas, ao associar esse decaimento do macho à idade, facilita-se a entrada médica na sexualidade do homem. Assim, contorna-se a dificuldade inicial de se patologizar a sexualidade de um homem que se apresenta como potente e viril *a priori*. Nessa perspectiva, a terapia de reposição hormonal não é vista como uma tentativa artificial de se "masculinizar" um indivíduo degenerado, como gostaria (e propunha) a medicina do início do século XX, focada no estudo das chamadas "perversões sexuais", ou a própria gerontologia, com seu discurso de "desgenerificação" da velhice. Nem

tampouco se trata de convencer um homem a seguir uma terapêutica até então exclusiva das mulheres, o que provavelmente causaria a resistência de muitos homens. Pelo contrário, a minha sugestão é que, ao invés de “devolver” uma masculinidade perdida, ou afastar a velhice decrépita, o DAEM é um resultado das mudanças que a masculinidade hegemônica e a velhice atravessam.

Com os avanços feministas e LGBT, é possível falarmos do surgimento de um "novo homem", ao menos nas camadas médias urbanas. Questões como a divisão do trabalho doméstico e da criação dos filhos, a busca por cuidados de saúde e uma preocupação estética marcam essa nova masculinidade. Porém, como demonstrado por Ribeiro (2011), certas "ancoragens" são mantidas, de forma que as mudanças são justificadas em valores da masculinidade tradicional, como o sucesso profissional, uma alta frequência de relações sexuais e a heteronormatividade.

Ainda assim, podemos afirmar que o modelo hegemônico passa por claras alterações. Por um lado, o novo homem deve se preocupar mais com a saúde, já que a invulnerabilidade seria uma característica mais próxima do agora rechaçável homem tradicional. Por outro lado, ignorar o cuidado com a saúde facilitaria, ou aceleraria a chegada da velhice e da doença. No meio desses caminhos, está o homem que receberá o diagnóstico do DAEM. Portanto, muito mais do que expor a fragilidade do homem que envelhece, disfunções sexuais como a DE e a DAEM cumprem um papel de re-estabilização da imagem do homem num período em que é posta à prova. A "crise da masculinidade" é solucionada pela busca por tecnologia médica, que, para além de "consertar" o pênis que já não funciona como deveria (e, portanto, a própria masculinidade, já que essa é reduzida ao poder penetrativo do órgão genital), ainda traz em si a possibilidade de *enhancement*, de aperfeiçoamento.

Uma fala do endocrinologista Rodrigo demonstra bem essa característica da reposição de testosterona: "*eu encontro muito no consultório homem com a testosterona extremamente baixa, tendo relação sexual com a esposa, e quando você repõe, ele não acredita que poderia ter tido uma relação muito melhor, e ele era hipogonádico (...), e aquilo não afetou a vida dele*". Nesse caso, temos um homem que apresenta o quadro considerado patológico, mas a baixa de testosterona não afetou sua libido, ou seja, ele não desenvolveu o principal sintoma da doença, o sintoma que leva os homens ao consultório médico. E quando faz a reposição hormonal, apesar da

baixa disponibilidade de testosterona não afetar sua vida sexual, ele descobre que pode ter relações ainda melhores! Quem recusaria o tratamento nessa situação? Certamente, a maioria dos homens brasileiros aguentaria umas injeções aqui e ali para ter, após os 50 anos, relações sexuais muito melhores.

Assim, percebemos, tal qual Azize & Araújo (2003) em relação ao Viagra e seus usuários, que a testosterona pode não ser entendida como um remédio, com todas as conotações negativas que vêm associadas ao termo. Por consequência, o DAEM não é necessariamente visto como uma doença, e os próprios médicos que defendem seu estatuto patológico são traídos pelos seus discursos. Além disso, percebemos que questões de gênero encontram-se subjacentes a esse tratamento, reforçando a associação entre testosterona e masculinidade. Nessa perspectiva, então, o hormônio deixa de ser um fármaco para ser um tônico, um aprimoramento, e, porque não, um afrodisíaco.

Por outro lado, ter de repor testosterona poderia ser entendido como uma certa feminilização do homem, uma instabilidade perigosa num período da vida que já é crítico para a diferenciação sexual; por isso mesmo, tal terapia tem de ser cuidadosamente pensada, driblando essa dificuldade inicial. Essa dificuldade se aprofunda ao perceber que nenhum dos médicos que entrevistei é capaz de dizer claramente, sucintamente, o que diferencia o processo normal do patológico. Eles tornam a repetir os níveis críticos de testosterona, a importância dos resultados laboratoriais ou as queixas do paciente, argumentando que, se os pacientes se sentem incomodados, isso por si só justifica a condição patológica. As transformações no que caracteriza o velho ficam bem visíveis em suas respostas, especialmente no relato a seguir:

tem-se mesmo uma modificação no comportamento sexual dos homens envelhecidos, que os transforma em indivíduos mais calmos, pacientes, tolerantes e resilientes. Testosterona também está associada à agressividade masculina. Estes homens, não doentes, mas maduros, são capazes de aproveitar mais do sexo do que quando eram mais jovens, e muitas mulheres, mesmo as mais jovens, os preferem, porque eles costumam ser mais eficazes em fazê-las aproveitar o melhor da sua própria sexualidade. A ansiedade do desempenho se reduz, o que melhora o proveito do sexo. Se há transtornos que impedem o bom aproveitamento da sexualidade na maturidade, estes devem originar uma investigação das causas, entre elas o DAEM. **Sexo ruim não é característica do envelhecimento, pelo contrário.** (Luis, urologista).

Nesse trecho, percebemos que as expectativas do sexo na velhice mudaram radicalmente; se antes eram assexuados, ou considerados devassos quando mantinham a intenção de uma vida sexual ativa, agora o sexo é até melhor do que na juventude. O DAEM cumpre um papel de normatização dessa nova experiência de velhice, já que transforma em "doentes" os homens que permanecem naquela atitude anterior em relação ao sexo. Além disso, a patologia também depende do discurso do "novo" homem, que deve se submeter mais aos cuidados médicos. Por vezes, a defesa desse novo estatuto da velhice é tão veemente que chega a ganhar ares militantes:

Exatamente, mas essa é a grande questão, você não entender que isso seja um fenômeno eminentemente vinculado com o envelhecimento. Porque se você atribui a todas as pessoas estas manifestações como sendo uma decorrência da idade, aí você vai considerar que todo homem, depois de uma certa faixa etária, deve aceitar isso como uma situação normal, e muitas vezes não é. Muitas vezes não é. Ou seja...o papel da testosterona na fisiologia masculina é extremamente relevante. Ou seja, eu não posso aceitar que um indivíduo com 60 anos de idade tenha o direito, entre aspas, de ter níveis menores de testosterona do que um indivíduo mais jovem, e que isso seja entendido como sendo uma coisa que deve ser aceita por ele como uma condição normal. Ou seja...eu tenho essa visão crítica, né? **Eu acho que um homem, mesmo aos 60 anos de idade, tem o direito de ter níveis de testosterona similares aos um indivíduo mais jovem.** (Edgar, urologista)

Na etnografia de Brigeiro (2000), o sexo na velhice também aparece dotado de uma série de vantagens frente ao sexo na juventude. Porém, o pesquisador analisa os relatos dos próprios idosos, e é de se esperar que eles descrevessem a sua própria performance sexual como superior. O que chama a atenção nos dois trechos citados acima é que essa reformulação do sexo é feita pelos médicos, dando um ar de "cientificidade" à questão. Vale lembrar, porém, que os dois urologistas citados têm a mesma faixa etária dos pacientes a que se referem, e eles próprios poderiam ser considerados hipogonádicos em potencial.

Em uma única entrevista a questão do envelhecimento foi considerada secundária, eclipsada por considerações acerca da masculinidade. Talvez por ser a única entrevistada do sexo feminino, a endocrinologista Roberta pontua em diversos momentos da entrevista a excessiva preocupação masculina com a performance sexual. Mesmo quando perguntada sobre a questão velhice normal *versus* velhice patológica (DAEM), a médica responde:

Não vejo o homem muito preocupado com o envelhecimento. Vejo ele preocupado com a masculinidade, com o papel de macho, de ficar, vamos dizer assim, inerte sexualmente (...) É diferente da mulher, que tem aquela questão da beleza, da pele, do cabelo...O homem não se preocupa com essas coisas, ele quer é continuar desempenhando o papel de macho. Então, envelhecimento, em termos assim, estéticos, físicos...acho que não tem problema, não.

Se antes nos deparamos com novas representações de masculinidade, aqui temos resquícios do homem mais "tradicional", que não se preocupa com "questões da beleza". Os pacientes do endocrinologista Rodrigo, entretanto, estariam mais alinhados às novas masculinidades, preocupados sim com questões estéticas, chegando inclusive a buscar ajuda médica ao perceber mudanças no seu corpo. *"Ele tinha uma performance muscular grande, um tônus muscular importante, ele acha que precisa manter, e diminuiu, ele julga aquilo ser testosterona...na maioria, a testosterona tá normal, e tem uma perda normal da idade mesmo"*. Esses homens não aceitam, como defendido pelo urologista Edgar, a perda de atributos joviais que caracterizaria o avançar da idade, e procuram o consultório médico para tentar reverter esse quadro.

Rodrigo traz um relato bastante interessante acerca dessas questões sobre envelhecer. No trecho a seguir, percebemos como o DAEM não se direciona para os que sofrem da "velhice avançada", dos problemas da velhice, mas sim para homens que estão numa etapa anterior da vida, que querem continuar ativos ou retomar a "energia" perdida.

Você quer começar com 90 anos de idade, não (...) o que você vai querer é uma população onde iniciou a queixa, 50, 60, 70 anos de idade, onde nós vemos hoje em dia todos estão muito bem ativos, ainda trabalhando, praticando exercício, participando de maratonas. E tentar lembrar que esse remédio não é para quem faz isso, é para quem não faz maratona, quem tem a vida em casa, normal, trabalho, casa, vida pessoal, sim, pode ter benefícios do medicamento, não para a parte estética ou de bem-estar pessoal só.

Considerações Finais: uma encruzilhada chamada DAEM

De toda forma, o DAEM faz parte de uma passagem na qual os contornos de uma nova experiência de velhice são delineados e justificados medicamente. Os ideais da juventude perpassam agora a vida inteira, e a busca por manter-se jovem se torna um objetivo de vida que deve ser perseguido e alcançado a todo custo. Um elixir de eterna

juventude não é um sonho novo da humanidade, como atestam os míticos alquimistas. Mas apenas os alquimistas modernos, em seus caríssimos laboratórios custeados pela indústria farmacêutica, foram capazes de transformar o sonho em realidade, e vender seus elixires de testosterona como a fonte da juventude para aqueles que estão perigosamente perto de perdê-la, como Rohden (2011) destaca diversas vezes em seu trabalho sobre a divulgação entre o público leigo do diagnóstico de DAEM e a reposição de testosterona.

É claro que os médicos não vêem a questão com tamanha poesia. A testosterona pode ser perigosa, eles afirmam, e DAEM é uma doença séria. Mas, como é comum, há uma enorme disparidade entre o que dizem os cientistas e o que de fato ocorre nas ruas. Sabemos que certas pessoas tomam testosterona, e sem controle algum. Seja pelas criticadas razões estéticas nas academias de ginástica ou pelas estigmatizadas razões identitárias, na transexualidade; sejam homens que querem ficar (mais) fortes ou manter-se jovens, sejam mulheres que querem ser tão fortes ou tão "ativas" sexualmente quanto eles; sejam jovens que querem "só dar uma garantida" ou velhos que querem voltar a ser jovens. Mas, em todos esses casos, a solução é a testosterona. É uma injeção, é verdade, mas uma injeção que contém em si grandes sonhos masculinos: a fonte da juventude, a promessa de manutenção de sólidos músculos, e, mais importante, uma performance sexual ainda melhor, quer fosse boa ou ruim antes. E, ao associar DAEM e juventude numa sociedade que a cada dia despreza mais a velhice, amarra-se o último ponto solto, resolve-se a última hesitação. Como fica bem claro na fala do urologista Edgar,

essa é uma questão moderna, atual, que está vinculado com o aumento da longevidade do ser humano. Hoje, o homem está vivendo cada vez mais, e ele não quer apenas viver mais, mas ele quer viver com qualidade de vida. E eu acho que a questão da terapia de reposição hormonal se insere nesse contexto, ou seja, os indivíduos querem qualidade de vida. E isso nós temos obrigação de dar para eles, e, pelo menos, disponibilizar de alguma maneira para eles essa possibilidade.

Tudo se resume a uma questão de busca por maior "qualidade de vida". Aí está um conceito que ganhou imensa popularidade, e se tornou um coringa, podendo ser aplicado a praticamente todas as questões, por mais díspares que sejam. Assim, qualidade de vida é morar num bairro arborizado, passear na praia pela manhã, praticar um esporte, "cuidar de si", atingir o orgasmo, ver os filhos crescerem bem, ser

promovido ou comprar um travesseiro de penas. O curioso é ver a aplicação desse conceito associado a uma doença ou, no caso, a um remédio. Estar doente não pode ser qualidade de vida. E só toma remédio quem está doente. Além disso, especificamente em relação à perda de testosterona, como na pesquisa de Azize e Araújo (2003: 148) sobre o uso do Viagra, "[a]dmitir-se doente, nesse caso, seria assumir uma ferida na sua identidade de gênero". Porém, testosterona não é remédio. Logo, repô-la não é tomar remédio, nem estar doente, mas tomar as rédeas da própria vida (e do próprio corpo), parar o avanço do tempo e retomar a juventude perdida. Podemos, portanto, caracterizar essa nebulosa meia-idade como um período privilegiado para reinvenção de si, absorvendo o ideal de envelhecimento ativo e a atividade sexual como um dos pilares para a "qualidade de vida" na velhice.

Referências Bibliográficas

- Azize, Rogerio; Araújo, Emanuelle (2003), "A pílula azul: uma análise de representações sobre masculinidade em face do Viagra", *Antropolítica*, 14, 133-151.
- Brigeiro, Mauro (2000), "Rir ou chorar? Envelhecimento, sexualidade e sociabilidade masculina", Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Connell, Raewyn (2005), *Masculinities. Second Edition*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Conrad, Peter (2007), *The Medicalization of Society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Debert, Guita (1994), "Gênero e Envelhecimento", *Estudos Feministas*, 1(1), 33-51.
- Debert, Guita (1997), "A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas", *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 34(12), 39-56.
- Debert, Guita; Brigeiro, Mauro (2012), "Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice", *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 27(80), 37-54.
- Hepworth, Michael; Featherstone, Michael (1999), "The male menopause: lay accounts and the cultural construction of midlife", in Nettleton, Sarah; Watson, Jonathan (org), *The body in everyday life*. London: Routledge, 276-301.
- Laqueur, Thomas (2001), *Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Marshall, Barbara; Katz, Stephen (2002), "Forever functional: sexual fitness and the ageing male body", *Body & Society*, 4(8), 43-70.
- Mosse, George (1996), *The image of man – the creation of modern masculinity*. Nova York: Oxford University Press.

- Oudshoorn, Nelly (1994), *Beyond the natural body: an archeology of sex hormones*. Londres e New York: Routledge.
- Peixoto, Clarice (2003), "Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade", in Barros, Myrian (org), *Velhice ou Terceira Idade?*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 49-67.
- Ribeiro, Claudia (2011), "Sexualidade, corpo e saúde masculinos: transformações e permanências nos discursos de homens e da revista Men's Health", Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Rohden, Fabíola (2008), "O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos", *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, 15(supl.), 133-152.
- Rohden, Fabíola (2009), *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Rohden, Fabíola (2011), "'O homem é mesmo a sua testosterona': promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro", *Horizontes Antropológicos*, 35(17), 161-196.
- Russo, Jane (1987), "A difusão da psicanálise nos anos 70: indicações para uma análise", in Ribeiro, Ivete (org) *Sociedade brasileira contemporânea, família e valores*. São Paulo: Edições Loyola, 189-204.
- Simões, Julio (2003), "'A maior categoria do país': o aposentado como ator político", in Barros, Myrian (org) *Velhice ou Terceira Idade?*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 49-67.
- Sociedade Brasileira de Urologia (2012), "O que é andropausa?". Página consultada a 12.02.2012, em www.movimentosaudemasculina.com.br/o-que-e-andropausa.
- Vale De Almeida, Miguel (2000), *Senhores de Si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de Século.