

CAPÍTULO 12

A incrível fábrica de hormônios, receitas e moralização: notas sobre os esteroides anabolizantes androgênicos

Danielle Ribeiro de Moraes

Ana Paula Alves Ribeiro

Luis David Castiel

Neste texto, apresentamos apontamentos sobre os esteroides anabolizantes androgênicos (EAA)¹ que serviram de mote para um objeto de pesquisa que vem sendo construído desde a década de 2000: o discurso médico sobre os riscos que envolvem o uso de substâncias e seus efeitos sobre as práticas sanitárias. Este trabalho é endereçado ao campo da Saúde Coletiva e a como seus modos, baseados no discurso da performance e do gerencialismo, de um lado, e dos riscos em saúde, de outro, se fazem presentes nas atuais formas de analisar e orientar as práticas em saúde.

Entendemos que o que chamamos de *gerencialismo arriscado* produz situações paradoxais que permeiam, primeiro, a produção do conhecimento, em que se localizam o campo da saúde e as ideias-força da saúde coletiva; e, segundo, a relação de pesquisadores do campo com seus objetos de estudos e seus modos de fazer pesquisa em saúde, que muitas vezes naturalizam um olhar utilitarista que reflete a mercadorização da pesquisa, das práticas e tecnologias em saúde. Esses processos de naturalização respaldam o lugar de autoridade em que se encontra o discurso médico e os processos de moralização daí emanados.

Essa trajetória de pesquisa é orientada pelos estudos sociais da ciência e pela análise de discurso de tendência foucaultiana. Ao longo desses anos, foram privilegiados na análise textos acadêmicos da área biomédica, utilizando uma base de recuperação de referências como “ferramenta arqueológica” (aos moldes da arqueologia de Michel Foucault). Em um primeiro momento, foi feita uma análise de enunciações sobre os riscos de anabolizantes na literatura biomédica, problematizando a classificação médica dos usos banidos e autorizados dos EAA. Em um segundo momento, foram identificadas redes de cooperação de autores que atuam na produção de (novos) objetos de pesquisa e processos autorizadores do discurso médico como organizador da vida social, mecanismos biopolíticos em torno do que é arriscado para a saúde das

¹ Este texto foi adaptado a partir da tese de doutorado em Saúde Pública intitulada *Entre tiro, porrada e bomba: esteroides anabolizantes androgênicos, gerencialismo arriscado e os discursos médicos moralizantes* (MORAES, 2016), defendida na Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no primeiro semestre de 2016. Contou com Luis David Castiel e Ana Paula Alves Ribeiro como orientadores.

pessoas, propostas de controle de riscos e processos de moralização aí implicados, a partir da exploração das metáforas sobre a noção de *doping*.

Para o presente texto, optamos por apresentar um recorte do percurso investigativo mencionado, que reflete as fases iniciais de construção do objeto de pesquisa, o que só foi possível a partir do momento de estranhamento da literatura reconhecida como científica, oriunda do mesmo campo em que ocorreu a maior parte da formação da primeira autora – a saber, a Saúde Coletiva. Este capítulo representa um esforço de sistematizar uma “apresentação” sobre os anabolizantes, oriunda do discurso médico, ao passo em que problematiza a emergência dos EAA e do discurso sobre seu uso.

O estranhamento do familiar

Conforme mencionado, eram os anos de 2004/2005 e a primeira autora desenvolvia atividades de pesquisa em um laboratório de educação e comunicação em saúde no Instituto Oswaldo Cruz, na Fiocruz, cidade do Rio de Janeiro. As atividades se relacionavam à etnografia de práticas educativas ocorridas em projetos sociais naquela cidade e eram fruto de uma trajetória formativa que combinou a graduação em medicina, a residência médica em medicina preventiva e social, com área de concentração em gestão e epidemiologia em serviços de saúde, a inserção em projetos de extensão universitária e em movimentos sociais voltados à luta pelos direitos de portadores do HIV/Aids, inicialmente e, depois, à imbricação desta temática com o debate sobre as relações de gênero, e o acúmulo em leituras sobre saúde coletiva, risco e prevenção ao longo do mestrado em saúde pública.

No mesmo laboratório, a antropóloga Fatima Cecchetto realizava uma etnografia sobre a construção social das masculinidades, tendo como *ethos* privilegiado para o estudo o circuito de lutadores de jiu-jitsu em academias da mesma cidade². Durante a etnografia, para a compreensão desse circuito, tornou-se necessário entender o que vinham a ser os EAA e os possíveis riscos a eles associados, uma vez que alguns informantes mencionavam essa questão. Esse foi o convite à participação da primeira autora – como médica especialista em saúde pública, mediar um léxico existente entre medicina, saúde coletiva e antropologia.

Ao realizar um procedimento comum para profissionais de saúde que se deparam com a necessidade de selecionar textos da área biomédica sobre um determinado tema, inicialmente foi feita uma busca por artigos de revisão, em uma base de recuperação de referências chamada PubMed³, bastante

² O conteúdo deste trabalho pode ser verificado “A sina de ser forte”, de Cecchetto (2009).

³ O PubMed é um indexador de textos acadêmicos da área biomédica, ligado aos Institutos Nacionais de Saúde (National Institutes of Health - NIH) do governo estadunidense. Está disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Conseguem-se algumas informações dos textos, o que

difundida nesse meio. Na época, a busca proporcionou tanto a resposta à demanda inicial de Fátima (o que eram EAA e quais os riscos envolvidos em seu uso, segundo a biomedicina) quanto a surpresa diante da clara tendência moralizante presente nos textos, que em geral não eram respaldadas nas seções de “material e método”.

Remontando a esse período, decidimos, neste texto, apresentar os EAA sob seu aspecto biomédico-farmacológico, que é o dominante no interior do discurso médico. Este aspecto, construído sob a lógica da biomedicina, orienta a configuração do discurso sobre as classificações de uso e dos riscos em saúde atribuídos a essas substâncias, as condutas clínicas a elas relacionadas e, ainda, povoa as políticas públicas voltadas a regular seu uso.

Abordamos questões que localizam a imbricação entre a construção do conhecimento sobre os hormônios sexuais e uma dada construção farmacológica do gênero, em que o entendimento da fisiologia hormonal masculina se aliou ao desenvolvimento de fármacos análogos aos hormônios sexuais – e de outros aparatos do complexo produtivo da saúde - e, assim, orientaram a atual classificação de usos medicamente chancelados e daqueles proscritos. Apontamos, de modo sucinto, o quanto a política nacional de saúde do homem parece permeável a essa primazia da função sexual masculina, por um lado, e do quanto, por outro lado, a perspectiva da masculinidade hegemônica - em que, tal como em outras esferas da atualidade, a performance é valorizada – está implicada tanto em indicações clínicas quanto nas justificativas para banimento do uso de EAA.

Hormônios sexuais, testosterona e anabolizantes

O consumo de anabolizantes vem ganhando espaço na agenda da saúde pública de diferentes países, em função do que se reconhece nesta arena como abuso dessas substâncias (HANDELSMAN, 2006; WOOD, 2008; KANAYAMA et al., 2008; QUAGLIO, 2009; IRIART, 2009). No Brasil, segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), o consumo de anabolizantes vem sendo reportado sobretudo entre homens jovens. De acordo com a Senad, em um estudo seccional realizado em 2009 entre universitários de todas as capitais brasileiras, verificou-se que 3,8% dos sujeitos pesquisados referiram já ter feito uso de anabolizantes em algum momento em suas vidas; neste percentual, houve predominância de respondentes do sexo masculino. Em comparação com dados do

geralmente inclui o resumo, porém o acesso ao texto completo depende da política editorial de cada periódico. Estima-se que metade dos periódicos científicos tenha uma política de acesso pago aos textos completos (LESTER, 2012).

levantamento nacional anterior, realizado em 2005, os EAA estão entre as substâncias das quais foi relatado aumento do consumo (BRASÍLIA, 2010)⁴.

Dados como esses sustentam o surgimento de estratégias de enfrentamento e prevenção do abuso de EAA, autorizando sua delimitação como problema de saúde pública. O argumento central para isso é o reconhecimento de que os anabolizantes, a exemplo de outras drogas, quando usados indiscriminadamente, trazem riscos à saúde de quem os utiliza, podendo também conferir perigo a terceiros. No campo da saúde, este “estatuto de uso indiscriminado” aparece diante da cisão entre dois tipos de uso, em uma classificação encontrada a partir da análise de periódicos da área biomédica, em pesquisas anteriores (CECCHETTO; MORAES; FARIAS, 2012). Isso aparecerá a seguir.

Por ora, cabe tecer algumas considerações sobre os EAA, necessárias ao entendimento da crítica aqui colocada: refiro-me aos aspectos históricos e fisiológicos da testosterona, além dos efeitos dessas drogas que aparecem como “riscos à saúde” na literatura biomédica e cuja descrição ajuda, portanto, a circunscrever os diferentes tipos de uso segundo o discurso médico.

Vale ressaltar que, a exemplo das notórias análises realizadas por Thomas Laqueur acerca da construção científica da anatomia sexual e sua articulação com as normas sexuais (LAQUEUR, 2001), também os “hormônios sexuais” assumem papel parecido na definição do que é normal ou não, no que diz respeito à ordem sexual e seus desdobramentos sobre o ordenamento social (ROBERTS, 2007). Os processos de isolamento das substâncias químicas identificadas como hormônios sexuais remontam ao final do século XIX, e foram seguidos, algumas décadas depois, pela síntese de fármacos análogos a esses hormônios.

A endocrinologia assumiu, assim, um papel fundamental na caracterização do que seria normal ou anormal, masculino ou feminino, segundo as funções descritas desses hormônios. Como desdobramento quase “natural”, o conhecimento endocrinológico passou a auxiliar no delineamento de uma função sexual normal, distintiva dos sexos masculino e feminino e, por consequência, a definir as disfunções da seara sexual.

Com esta tendência medicalizadora⁵, estava aberto o caminho para o “uso médico” dos fármacos análogos dos hormônios sexuais. Este uso requer o agenciamento de um complexo produtivo que inclui os fármacos, a prescrição

⁴ No estudo de 2009, as substâncias em que foi constatado aumento do relato de uso foram: maconha, solventes, cocaína, estimulantes, benzodiazepínicos, alucinógenos, *crack*, anabolizantes e barbitúricos.

⁵ Conforme Peter Conrad (2007) indica, os processos de medicalização conferem “jurisdição médica” a diferentes dimensões da vida. A eles dizem respeito não apenas as ações que cercam diferentes recursos terapêuticos, mas a ampliação (ou o estreitamento) da nosologia, as tecnologias de aprimoramento (*enhancement*), entre outros aspectos.

médica, os profissionais de saúde, kits laboratoriais para dosagem dos hormônios corporais, outros aparatos diagnósticos para identificar e tratar seus efeitos adversos⁶, e todo o desenvolvimento tecnocientífico implicado em cada um desses itens.

Essa tendência pode ser vista a partir de uma leitura ilustrativa do *Tratado de Fisiologia Médica*, editado por Guyton e Hall (2006). Neste livro, os andrógenos são definidos como hormônios esteroides que possuem características masculinizantes. Entre eles, o principal é a testosterona, geralmente conhecida por ser o “hormônio masculino”, uma vez que é muito mais abundante em homens do que outros hormônios sexuais (tais como diidrotestosterona e androstenediona). A testosterona é também encontrada em quantidades muito maiores em homens do que em mulheres.

Nos homens, a testosterona é produzida nos testículos, nas células intersticiais de Leydig. Em menor quantidade, homens e mulheres possuem secreção de testosterona por outros locais do corpo, como nas glândulas adrenais. Como ocorre com outros compostos esteroides encontrados em humanos, este hormônio é sintetizado naturalmente a partir do colesterol e da acetilcoenzima A. Segundo Guyton e Hall (2006, p. 1004), ela é responsável pelas “características distintivas do corpo masculino”, e seus efeitos iniciam-se na fase fetal, quando, a partir da 7ª semana de gestação, o cromossomo Y induz à secreção de testosterona, levando ao desenvolvimento do pênis, do escroto, da próstata, vesícula seminal e dos ductos genitais masculinos.

É digno de nota que o próprio tratado de fisiologia já indica que não existirá, necessariamente, alinhamento entre o sexo cromossômico e o aparecimento da genitália classificada (binariamente) em masculina ou feminina, uma vez que, caso haja injeção de altas doses de andrógenos na gestação em fetos originalmente XX, haverá o desenvolvimento de características primárias masculinas. Igualmente, caso haja remoção de testículos precocemente na fase fetal, haverá desenvolvimento de genitália feminina em fetos XY. Como se vê, o conhecimento médico sobre a fisiologia sexual mostra arbitrariedade na classificação binária supostamente “natural” dos sexos, sobretudo em épocas de intensa manipulação tecnológica dos corpos.

Continuando a leitura de Guyton e Hall (2006), após o nascimento, em geral os homens possuem o pico de produção de testosterona na idade adulta,

⁶ Como é o caso da terapia de reposição hormonal (TRH) em mulheres, que requer o rastreamento mais amido de dos cânceres de endométrio e de mama, uma vez que o uso desses hormônios sintéticos leva ao aumento do risco desses cânceres. Isso quer dizer que, para além da prescrição e do acompanhamento dos níveis dos estrógenos, detectados por exames de sangue, a TRH implica na abertura para a realização de tantos outros exames complementares, como mamografias de alta resolução, eventualmente vídeo-histeroscopias, biópsias e exames anatomopatológicos etc. O mesmo ciclo de rastreamento é esperado na ainda controversa TRH masculina, uma vez que o uso de EAA leva ao aumento do risco de câncer de próstata.

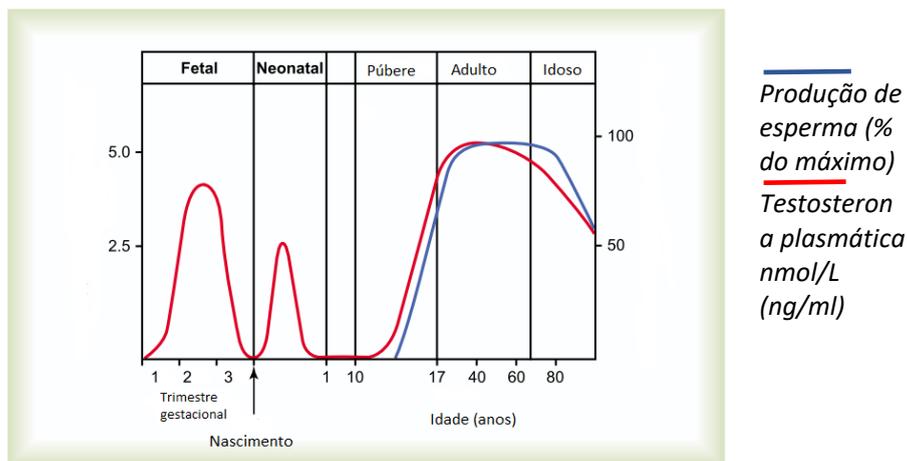
em média após os dezessete até os cinquenta anos, quando sua produção passa a diminuir gradualmente (como se vê na Figura 1). Após a puberdade, a testosterona leva ao aumento dos órgãos sexuais masculinos, que terão crescido cerca de oito vezes antes dos 20 anos.

A testosterona é responsável pelos efeitos de desenvolvimento de características sexuais secundárias: distribuição dos pelos corporais de forma mais prolífica que em mulheres; hipertrofia da mucosa laríngea e aumento da laringe, com conseqüente timbre grave da voz; engrossamento da pele e aumento da secreção das glândulas sebáceas, o que pode estar relacionado com aparecimento de acne; função anabólica, com concentração proteica em tecidos não musculares, além do desenvolvimento dos músculos, com aumento da massa muscular. Para Guyton e Hall (2006), é este efeito anabólico que suscita o uso de derivados sintéticos tanto entre atletas quanto em idosos, que buscam aumento de performance.

Além disso, o conhecimento sobre fisiologia humana mostra que a testosterona leva ao aumento da matriz óssea, causando alargamento e crescimento de ossos, além de retenção de cálcio pelos ossos. Este é um dos motivos de ter sido usada para o tratamento de osteoporose em homens idosos. No entanto, ela é também responsável pelo fechamento de epífises após o crescimento dos ossos, fazendo com que cesse o crescimento. A administração de altas doses de testosterona pode levar a até 15% de aumento na taxa de metabolismo basal, possivelmente em função de seu efeito anabólico, tendo repercussões globais nas células corporais. Ainda, ela aumenta o número de células vermelhas do sangue. Por fim, um efeito que não é específico de andrógenos, mas de esteroides de modo geral, a testosterona pode aumentar a reabsorção de sódio pelos túbulos distais dos rins o que, em doses consideradas não usuais, pode levar à retenção hídrica pelo organismo.

Guyton e Hall (2006) descrevem esses efeitos da testosterona sobre o corpo humano com o cuidado de sinalizarem que muitos deles foram verificados, sem, no entanto, ainda ter se conseguido sua completa explicação em termos fisiológicos. Um ponto chamou a atenção ao revisar a leitura do tratado, apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Reprodução com tradução livre da representação gráfica de Guyton e Hall (2006)



Fonte: representação gráfica de “diferentes estágios da função sexual masculina como refletida segundo os níveis plasmáticos médios de testosterona (linha vermelha) e produção de esperma (linha azul), conforme diferentes idades.” (GUYTON; HALL, 2006, p. 1005).

Esta representação dos conhecimentos fisiológicos apresenta a relação entre o que se entende por uma “função sexual masculina” normal, à luz da biomedicina, com a capacidade de produção de testosterona pelo próprio corpo. Nesta *sexualidade funcional*, a capacidade reprodutora é peça-chave, uma vez que o gráfico coloca lado a lado, emblematicamente, testosterona e produção de esperma como aspectos de um papel sexual masculino fisiológico.

A análise da Figura 1 nos reporta a trabalhos que exploram a testosterona como metáfora de masculinidade, como foi feito por John Hoberman (2005). Este autor expõe que esta metáfora remonta a períodos anteriores à síntese farmacológica dos anabolizantes, tendo sido construída historicamente em torno da busca por uma substância revigorante que proviria dos testículos. Neste sentido, cita como exemplo o fato de um fisiologista francês chamado Charles Brown-Séquard ter reportado, em 1889, efeitos de rejuvenescimento, como aumento da força física e da “energia intelectual”, após autoaplicação de um extrato de testículos de cães e de porquinhos-da-índia (HOBERMAN; YESALIS, 1995).

Brown-Séquard referendava, em seus experimentos, a noção de “secreção interna”, proposta por Claude Bernard em 1855, na medida em que defendia que as funções dos testículos poderiam ser aprimoradas ou restauradas partindo-se da reposição das substâncias por eles produzidas. A ideia de Brown-Séquard, de que secreções internas agiam como reguladores fisiológicos, foi fundamental para o desenvolvimento da endocrinologia como disciplina. Na esteira dessas noções, a palavra hormônio (do grego *horman* – excitar, estimular) foi cunhada em 1905.

Com efeito, seu relato causou rebulição no meio acadêmico e incentivou a organoterapia⁷ entre vários pesquisadores. Brown-Séquard forneceu, sem custos, amostras de seu extrato a outros dispostos a utilizá-lo em experimentos. Isso causou uma onda de testes usando o *liquide testiculaire* em inúmeras doenças, tais como tuberculose, câncer, diabetes, paralisia, gangrena, influenza, histeria e enxaqueca. Hoberman e Yesalis (1995) comentam que as origens desta suposta nova ciência de extratos animais encontram-se em tradições terapêuticas mais antigas, baseadas na crença, presente em diferentes culturas, de que pedaços de órgãos de animais pudessem gerar efeitos benéficos em partes análogas do corpo humano. Nessas tradições, a genitália de animais era muitas vezes associada à virilidade.

Sabemos que os modelos explicativos do processo saúde-doença se modificaram com o tempo e não se pode dizer que os pesquisadores da modernidade operavam segundo os mesmos sistemas de crença que os vedas, egípcios, ou europeus medievais. No entanto, pelo menos quanto à força metafórica, Hoberman e Yesalis (1995) defendem que o vigor da organoterapia mostra o quanto antigos e modernos, do mesmo modo, não separavam o mito sexual da biologia sexual, ao menos quando se trata da virilidade.

No mesmo caminho ocorreram transplantes testiculares “tecnicamente bem sucedidos” a partir da década de 1910, ao passo em que a teoria espermática era desenvolvida, tendo o interesse diminuído quando aconteceu a síntese farmacológica de EAA, na década de 1930. O “sucesso” consistia, nas descrições da época, no transplantado conseguir ereção, ter desejo e consumir o ato sexual. Ainda que houvesse vários relatos deste tipo de procedimento, a técnica habitava a fronteira entre o charlatanismo e a prática médica cientificamente aceita na época.

Com a introdução dos fármacos EAA e o aporte financeiro da indústria farmacêutica, a busca pela virilidade perdida ganhou um lugar legitimado na pesquisa médico-científica e, conseqüentemente, na prática clínica. Em farmacologia, os EAA são classificados como fármacos do tipo “droga

⁷ A organoterapia diz respeito a técnicas que se utilizavam de extratos ou partes de órgãos provenientes de seres humanos ou de outros animais.

sintética”, que promovem aumento da força e massa muscular como efeitos esperados mais comuns (BRUNTON et al., 2008), uma vez que funcionam como análogos do hormônio sexual testosterona e outros hormônios andrógenos, produzidos pelo corpo humano.

A androsterona foi o primeiro anabolizante sintetizado em 1931, na Alemanha. Seguiu-se a síntese de outros compostos, sendo sua classe denominada de *andrógenos*, na mesma época de outras “descobertas” na endocrinologia (como a do glucagon, hormônio com efeito importante sobre o metabolismo dos carboidratos). O efeito análogo aos hormônios naturalmente produzidos do primeiro composto foi identificado ainda na mesma década, a partir de sua observação inicialmente em cães castrados e, posteriormente, em homens eunucos, ao passo em que os demais compostos da mesma classe eram sintetizados. Na década seguinte, de 1940, foram realizados estudos que identificaram os efeitos de aumento de massa muscular em razão da hipertrofia em cobaias (KOCHAKIAN, 1990).

O histórico dos usos clínicos dos EAA ocorre em meio à corrida da indústria pelo estabelecimento de patentes desses diferentes compostos. Inicialmente, o propionato de testosterona foi administrado em ensaios clínicos de 1937, tanto em homens com hipogonadismo⁸ quanto naqueles que sofriam de um quadro controverso de “climatério masculino”, que envolvia impotência (HOBERMAN, YESALIS, 1995; HOBERMAN, 2005; ROBERTS, 2007). Anabolizantes foram usados ainda em queixas femininas, tais como aumento do sangramento menstrual, dor nos seios, além de tumores de mama dependentes de estrogênios. Apesar desses empregos e de relatos de consequente aumento da libido feminina, os EAA não se tornaram uma opção terapêutica padrão, sobretudo para esta última queixa, possivelmente em função dos efeitos colaterais de virilização – apesar disto não ter sido considerado um problema entre muitos médicos.

Novamente, as normas sexuais parecem ter um papel importante neste sentido. Noutro exemplo, foram descritas iniciativas de organoterapia, nos anos de 1920, e de uso de anabolizantes, a partir dos anos de 1940, na tentativa de cura do “homossexualismo”. Segundo a visão da endocrinologia corrente na época, a causa para a existência de homens homossexuais residiria no fato de apresentarem quantidades de estrógenos superiores a de homens “normais” (HOBERMAN, YESALIS, 1995; ROBERTS, 2007).

Além do tratamento de hipogonadismo, os usos clínicos atualmente chancelados pela medicina se direcionaram para os efeitos de hipertrofia muscular que, como mencionado, foi descrito na década de 1940. Na atualidade, existem diferentes compostos sendo produzidos e

⁸ Hipogonadismo é uma condição clínica em que há insuficiência de produção de hormônios sexuais. A isso pode também estar associada a baixa produção de espermatozoides, em homens.

comercializados. O *site* do National Institute of Drug Abuse (2006), ligado ao estadunidense NIH, lista os seguintes anabolizantes utilizados comumente como “drogas de abuso”: oximetolona, oxandrolona, metandrostenolona, stanozolol (EAA de administração oral); decanoato de nandrolona, fenpropionato de nandrolona, cipionato de testosterona, undecilenato de boldenona e tetra-hidrogestrinona (EAA de administração injetável).

Em consulta à lista de medicamentos comercializados no Brasil⁹ (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016), foram localizados os medicamentos que seguem, com seus respectivos nomes comerciais: oximetolona (hemogenin[®]); decanoato de nandrolona (deca-durabolin[®]), testosterona de uso tópico (androgel[®], axeron[®]), undecilato de testosterona (androxon[®], nebido[®]), conjugado de decanoato de testosterona, fempropionato de testosterona, isocaproato de testosterona e propionato de testosterona (durateston[®]) e cipionato de testosterona (deposteron[®]); além disso, há a gestrinona (dimetrose[®]) e o conjugado debenzoato de estradiol, fempropionato de testosterona e isocaproato de testosterona (estandron-p)¹⁰.

Em pesquisa anterior (CECCHETTO; MORAES; FARIAS, 2012), foi verificado que, no presente, os EAA são clinicamente indicados para reposição hormonal em homens incapazes de produzir testosterona (como em casos de castrações traumáticas ou cirúrgicas); em situações em que a pessoa precisa ganhar peso, massa e/ou superfície corporal, sobretudo para a viabilização de outros tipos de tratamento que necessitam desse aumento, como é o caso de cânceres avançados, Aids ou outras síndromes consumptivas; em alguns problemas hematológicos, como na anemia aplástica; em casos de politraumatismos ou queimaduras extensas. Recentemente, outro rol de usos, que chamamos de *emergentes*, vem sendo delineado pelo discurso médico.

O que foge a essas indicações costuma figurar, entre os textos acadêmicos, como “não médico”. Outros termos também habitam esta literatura, sendo usados com o mesmo sentido: “não clínico”, “não terapêutico”, “não farmacológico”, “não fisiológico”, “suprafisiológico”. Eles são enunciados, sobretudo, quando se referem ao uso não mediado – oficial ou legalmente - por um prescritor médico. É interessante, para apresentar esta questão, que dois pontos parecem sofrer um apagamento nestes textos. O primeiro ponto diz respeito ao “uso não médico” ser, muitas vezes, propiciado por um prescritor médico, uma vez que, com a intensificação da regulação

⁹ Consulta realizada a partir da lista de preços máximos de medicamentos por princípio ativo atualizada em 21/01/2016 e disponível no portal da ANVISA em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Profissional+de+Saude/Assunto+de+Interesse/Preco+de+Medicamentos>. Acesso em 25 jan 2016.

¹⁰ A gestrinona é um esteroide sintético com propriedades androgênica, antiestrogênica, antiprogestogênica e antigonadotrópica, indicado no tratamento de endometriose. O conjugado de benzoato de estradiol, fempropionato de testosterona e isocaproato de testosterona é usado também em mulheres, em casos de deficiência de estrógenos e para a interrupção da lactação.

sobre os EAA, em alguns casos é necessário apresentar e entregar uma cópia da receita para que se adquira o medicamento. Este é o caso do Brasil¹¹.

Então, eventualmente, médicos ou outros profissionais de saúde participam ativamente da prescrição de EAA para fins “não médicos”. Esta é uma questão mencionada em poucos dos textos analisados e, quando mencionada, inevitavelmente é considerada imoral e análoga ao tráfico de drogas.

O segundo ponto relaciona-se à exiguidade do termo *off-label* para se referir aos usos para a melhora da musculosidade. Tradicionalmente, *off-label* reporta-se a um outro tipo de uso, “além do rótulo”, ou da bula, e está geralmente relacionado a um uso considerado não convencional de um medicamento, que obedeça a uma escolha do médico, orientada pela biomedicina, mas para a qual ainda não se tenha construído suficiente *racionalidade clínica*.

Em outras palavras, *off-label* é o emprego diferente do preconizado e/ou autorizado pelo órgão regulador, ocorrendo em situações clínicas limites (como a escolha de drogas em casos avançados de câncer, quando sucessivas falhas terapêuticas levam a opções terapêuticas não contempladas nos protocolos clínicos) ou em populações em que a segurança de um medicamento não está suficientemente estabelecida (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS, 2012)¹².

Nota-se que a expressão *off-label* também se reporta a um uso não regulado, mas revestido pelas *melhores intenções* médicas. Aqui, os benefícios claramente superariam os riscos. O termo “não médico” e seus congêneres, ao contrário, trazem a ideia de irracionalidade no emprego das substâncias, remetendo a uma reiterada lista de riscos à saúde e, por conseguinte, colocam o usuário no lugar de pessoa inconsequente e irresponsável, portadora de falhas morais.

¹¹ Os anabolizantes já compunham a lista C5 da RDC 147 (28 de maio de 1999), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que apresenta a primeira atualização das listas de substâncias controladas no Brasil, logo após a criação da agência. No ano seguinte, a lei 9.965 (27 de abril de 2000) define que “A dispensação ou a venda de medicamentos do grupo terapêutico dos esteroides ou peptídeos anabolizantes para uso humano estarão restritas à apresentação e retenção da receita emitida por médico ou dentista”.

¹² Além disso, consideremos que os usos preconizados de um medicamento ou procedimento não são imutáveis. Um exemplo é o do sildenafil, originalmente indicado para o tratamento de angina do peito, no início da década de 1990. Ele não foi considerado uma droga promissora para este fim (possuía meia-vida curta e interações medicamentosas importantes para cardiopatas). Com o interesse crescente da indústria farmacêutica no tratamento medicamentoso de disfunção erétil, um efeito colateral relatado durante a primeira fase dos ensaios clínicos, a ereção peniana, passou a ser o motivo para realização de novos ensaios clínicos, de forma a incluí-lo como efeito desejado da droga. Em 1998, o laboratório Pfizer conseguiu a autorização para comercializar o sildenafil como medicamento para a disfunção erétil nos EUA. Hoje, ele é também considerado para tratar hipertensão pulmonar (GHOFRANI; OSTERLOH; GRIMMINGER, 2006).

Para além dos protocolos (e usos) clínicos

Nos textos examinados sobre o uso “não médico”, percebe-se que as pessoas que lançam mão de EAA buscam, em geral, por aumento de força e massa muscular, melhora de disposição física e do desempenho esportivo (para o que, quando em circuitos de competição, atribui-se o termo *doping*). Seja modificando o corpo a fim de alcançar postos de trabalho (IRIART, 2002), posição social ou uma imagem corporal mais afeita ao ideal viril de masculinidade hegemônica (CECCHETTO, 2009; SABINO, 2002), o uso de EAA parece relacionado ao que David Le Breton descreve como *produção farmacológica de si* (LE BRETON, 2011).

Não desconsideramos que esta construção farmacológica se situa em uma conjuntura de apagamento das fronteiras do corpo, conforme aponta Le Breton. E compreendemos, seguindo as contribuições de Chaves (2009), que essas práticas estão muitas vezes relacionadas com uma “cultura do músculo” individualista e com a busca incansável por um corpo ideal espetacularizado, que pode e deve ser gerenciado, por vezes, a todo custo.

Nossa ressalva volta-se aos momentos em que essas análises sobre corpo, anabolizantes e gênero, muitas vezes de cunho antropológico, são colocadas em cena por estudos do campo da saúde, ou tentam com ele fazer interface. Além da naturalização da dicotomia entre drogas lícitas e ilícitas, não é incomum que etnografias ou observações participantes sirvam de base ao uso de um apriorismo moralizante que propõe tachar este tipo de prática como um comportamento não saudável e, portanto, passível de vigilância e regulação/tratamento.

Nessa direção, é fácil lembrar da vigorexia, cada vez mais foco de investigações e muitas vezes relacionada com o uso de EAA (SOLER et al., 2013). A vigorexia está incluída entre os transtornos obsessivo-compulsivos e, mais especificamente, enquadrada no transtorno dismórfico corporal. Esta entidade nosológica, que já fazia parte do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), em sua versão IV-RT, teve seus critérios revistos recentemente no DSM-5, e agora conta com a possibilidade de mais pessoas serem incluídas neste diagnóstico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em tempos cada vez mais difíceis para a integralidade das práticas sanitárias, o que o campo da saúde pode oferecer aos vigorexicos? Saem os anabolizantes e, sob o aval de revisões sistemáticas e meta-análises, desenhos de estudo considerados como portadores de maiores e melhores *evidências científicas*, entram a terapia cognitivo comportamental e os antidepressivos da classe dos inibidores de recaptção da serotonina (TIGNOL et al., 2012). No percurso de idas e vindas pelas quais transitam os medicamentos, os

processos de patologização assumem papel fundamental. Com os hormônios sexuais, não é diferente.

Por outra vertente, a análise de Daniela Murta (2014), sobre a patologização da transexualidade, suscita que muitas vezes práticas abjetas, de resistência, são rapidamente capturadas pela perspectiva biopolítica de normatização de gênero através da medicalização. Sua discussão ajuda a revelar o quanto o emprego de hormônios sexuais, usados como parte das tecnologias de alteração corporal no percurso da transexualização, passa de condição invisível ou arriscada para compor um protocolo terapêutico autorizado. Isso acontece na medida em que as pessoas transexuais passam à condição de portadoras do “transtorno de identidade de gênero” quando, então, lhes é outorgado o emprego de hormônios sexuais com o mesmo objetivo das modificações corporais que anteriormente, porém de modo clandestino, buscavam.

De outro modo, ao uso “não médico” (no léxico médico) dos EAA é atribuído um rol de riscos à saúde humana, que variam desde alterações de caracteres sexuais secundários (virilização e/ou feminização) até efeitos irreversíveis das funções hepáticas e cardíaca, por exemplo (HANDELSMAN, 2006). Não obstante, nos artigos examinados, nota-se um esforço expressivo de caracterização dos riscos relacionados ao abuso de EAA; alguns autores, quando revisam a literatura biomédica, apontam para a falta de evidências clínico-epidemiológicas que possam sustentar estratégias preventivas nos moldes de vertentes da redução de danos (ou minimização dos riscos) que não assumem, *a priori*, um pressuposto de abstenção e/ou de criminalização¹³.

Apesar de apoiarem esta tendência menos proibicionista de ações voltadas ao uso indevido de drogas, tais autores advogam que, para darmos este passo no sentido do gerenciamento individual de riscos relacionados aos esteroides (e, portanto, circunscrever o “uso não médico” em uma proposta de redução de danos), é necessário preencher lacunas do conhecimento científico acerca do problema. Estas lacunas residiriam na exiguidade de dados sobre possíveis equivalências dose-resposta que permitam uma estratificação dos riscos.

Portanto, seriam ainda necessários estudos de caracterização de motivações, cenários, frequência e padrões de uso. Para esses autores, incentivar esta produção científica seria agir sanitariamente por, além de não desconsiderar os riscos, compreender que as futuras estratégias de controle devam se adequar às configurações sociais dos usuários (IRIART, ANDRADE, 2002; WOOD, 2008; QUAGLIO et al., 2009; CECCHETTO, MORAES, FARIAS, 2012).

¹³ Sobre os argumentos que sustentam uma tendência proibicionista nas políticas públicas de enfrentamento ao uso de drogas, conferir Fiore (2012). Para uma análise sobre esta temática no campo da saúde, conferir Alves (2009).

Apesar de ensaiarem um tom mais relativista quanto às estratégias de enfrentamento deste *problema de saúde pública*, de todo modo o que se nota é que, na maioria dos artigos examinados, se propunha o banimento do “uso não médico”. Neste sentido, não são incomuns argumentos proibicionistas que repousam em retóricas de base fortemente moral, como a verificada em um artigo que figura entre os mais citados, dentre os analisados. Como ilustração, recorreremos ao texto *Use of doping agents, particularly anabolic steroids, in sports and society* (SJÖQVIST, GARLEM, RANE, 2008), em que se propõe a criminalização da posse de anabolizantes, como modo de prevenir que os homens jovens, tratados como principais usuários dessas drogas, se envolvam em conflitos com a lei.

Tendo sido publicado na revista *The Lancet*, de reconhecida influência na circulação de saberes no meio biomédico, a sequência argumentativa deste texto reverbera o que chamamos de *associação atávica entre agressividade, violência e masculinidade hegemônica* (conforme descrito em Cecchetto, Moraes e Farias, 2012). Este achado é corriqueiro em textos acadêmicos da área biomédica que tematizam o abuso de EAA, em que são naturalmente intercambiados os sentidos do termo *agressividade* (que aqui porta uma definição de fundamento biológico, relacionada à necessidade de um ser vivo, quando em situações de perigo, lutar ou fugir), com os do termo *violência*, um fenômeno socialmente complexo.

Conforme mencionado, o percurso investigativo originou-se do estranhamento desta literatura. Na época mencionada, o que chamou atenção foi o conteúdo de um artigo de Harrison Pope Junior e David Katz, dois pesquisadores estadunidenses, hoje ligados, respectivamente, às universidades de Harvard e Yale.

Intitulado *Homicide and near-homicide by anabolic steroid users* (o equivalente a *Homicídios e quase-homicídios cometidos por usuários de esteroides anabolizantes*), aquele texto foi publicado em 1990 no *The Journal of Clinical Psychiatry*, ligado à Associação Americana de Psicofarmacologia Clínica. Hoje, o periódico encontra-se entre os dez mais citados da área, contando inclusive com um portal de educação médica continuada (THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY, 2016).

Causou curiosidade a conclusão deste artigo, defendendo que “estas observações levantam a possibilidade de que a violência induzida por esteroides pode representar um problema de saúde pública pouco reconhecido” (POPE, KATZ, 1990, p. 29, tradução nossa). Dois pontos acenavam com um possível tom moralizante nesta literatura: 1) a forma tachativa com que os autores apresentavam essa possibilidade, baseados nos resultados de um método que consistiu em entrevistas com três homens que haviam sido presos em decorrência de crimes violentos e que, segundo os próprios autores, poderiam estar aumentando o valor do papel do uso dos

EAA em seus relatos, com a finalidade de obterem atenuantes frente ao sistema penal; 2) o modo como, a despeito das óbvias e expressivas limitações das conclusões do estudo, seu argumento central era reproduzido em uma variedade de outros artigos.

De fato, na época, o artigo de Pope Jr. e Katz (1990) era um dos que apresentava maior número de citações. Retomando essas buscas de mais de uma década atrás, se lançarmos mão dos termos *crime* e *anabolic* na base Scopus¹⁴ recuperaram-se 50 documentos. O artigo de Pope Jr e Katz contava então com 131 citações, 65 delas desde 2005 e 32 desde 2010.

Neste mesmo espírito, chama atenção uma carta, publicada no *American Journal of Psychiatry*, intitulada “Violent crime possibly associated with anabolic steroid use” (“Crime violento possivelmente associado com o uso de esteroide anabolizante”), datada de 1989, por Conacher e Workman, cujo conteúdo, no entanto, não está disponível pelo portal da Capes. Esta carta possui 81 citações, de 1999 a 2015, 13 delas entre 2010 e 2015. Analisando os resumos disponíveis desses últimos trabalhos, nota-se que eles ainda reproduzem a mesma ideia de que os EAA possam “causar violência” e “estarem associados a crimes”.

Como observado com o texto de Pope Jr. e Katz (1990), não é incomum que alguns estudos, cujos enunciados são perpetuados por outros posteriores, apresentem o que em epidemiologia chamamos de viés de seleção, uma vez que concluem essa possível associação entre agressividade-violência-crime-hormônio-masculino a partir de amostragens construídas com pessoas conscritas, presidiários e presidiárias, muitas vezes com passagem por hospitais psiquiátricos. Ao que parece, esse “viés de seleção” continua passando candidamente despercebido pelos pareceristas anônimos dos corpos editoriais de distintas revistas.

É curioso que isso aconteça mesmo diante do afã publicacionista que tanto valoriza os parâmetros da medicina baseada em evidências. Entendemos esses supostos “deslizes” como partes integrantes de processos de moralização. Esses processos, por sua vez, estão implicados em redes de interesse complexas, integradas por aspectos culturais, jogos de normatização, a mercadorização inerente ao desenvolvimento tecnocientífico, entre outras questões.

Além disso, esta retórica localiza o problema de a “agressividade gerar violência” tanto na supressão dos sentidos, bastante comum no discurso sobre o consumo indiscriminado de drogas (FIORE, 2012; SABINO, 2002), quanto numa suposta tendência de os homens serem naturalmente violentos e, por

¹⁴ Busca realizada em 30 de janeiro de 2016, com os termos *crime* [AND] *anabolic*, na base Scopus, limitada às palavras-chave, título e abstract, realizada em todas as áreas temáticas. A base Scopus é outra base de recuperação de referências bibliográficas, que inclui o PubMed e ainda abrange documentos de outras áreas, além da biomédica.

consequente, mais propensos ao envolvimento com o crime, conforme aponta Will Courtenay (2000).

Esses homens invisíveis, essas próstatas saudáveis!

O referido autor (COURTNEY, 2000) expõe imbricações entre representações das construções de gênero e o discurso médico sobre o risco e aponta questões para a atenção em saúde. Em sua crítica, aponta que as instituições médicas contribuem para a “invisibilidade” da má qualidade de saúde de homens: uma vez que os próprios profissionais estão imersos na dimensão relacional dos papéis de gênero, isso faz com que os sistemas de saúde, em suas práticas e no desenho de políticas, sejam adaptados a uma suposta masculinidade “natural”.

Courtenay (2000) exemplifica várias situações que demonstram que o sistema de saúde trata desigualmente homens e mulheres, de modo a reproduzir as representações sobre os papéis de gênero dominantes. Um dos exemplos citados é a verificação usual, no meio científico, da maior prevalência do uso de substâncias psicoativas ou de envolvimento em situações violentas entre homens sem, no entanto, se desdobrarem investigações sobre o porquê destes achados. Neste sentido, o autor defende a pertinência de investigações que se debrucem sobre as formas pelas quais os serviços de saúde, por meio de suas práticas, contribuem para a construção social da saúde masculina.

Pode-se também encontrar na literatura brasileira autores que apontam para a importância de se entender o papel que normas culturais de masculinidade desempenham na vulnerabilidade dos homens (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007; SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2005). Na tentativa de enfrentar essas questões, no ano de 2008 foi lançada no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH - (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), o que certamente ocorreu também em virtude da longa pressão de organizações da sociedade civil, a exemplo da formulação de outras políticas de saúde brasileiras.

O documento de 40 páginas demonstra um esforço em pormenorizar, através do instrumental epidemiológico comum aos diagnósticos em saúde coletiva, indicadores de morbidade e mortalidade que se relacionam com a saúde dos homens, deixando acessíveis desigualdades de gênero que permitem dar visibilidade à vulnerabilidade masculina em saúde. E, apesar de suas diretrizes serem baseadas na integralidade e na humanização em saúde, o que se vê em uma breve leitura dos dispositivos de implementação de políticas de saúde brasileiras deixa reticente quem crê em sua materialidade. A começar pela ênfase que o parco conteúdo do *site* do Ministério da Saúde destinado à PNAISH dá aos tópicos “câncer de próstata” e “vasectomias”

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d). Neste caminho, basta verificar de que maneira a prioridade “Saúde do Homem” foi estabelecida no Pacto pela Vida (2010-2011): houve dois indicadores pactuados (metas a serem atingidas), ligados a dois objetivos da programação pactuada e integrada (PPI).

O primeiro, de incluir ações voltadas à saúde do homem em determinados municípios e, para isto, cabia numerar quais os municípios que haviam conseguido incluir tais ações. O segundo, de aumentar o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino (leia-se: ampliar a realização de cirurgias para hiperplasia benigna da próstata e para câncer de próstata) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Levando-se em conta que atingir ou não as metas da PPI incidirá sobre a fatia mais robusta do financiamento em saúde da maior parte dos municípios brasileiros (aquela proveniente do Fundo Nacional de Saúde), começamos a delinear um horizonte em que a tendência gerencialista das políticas tensiona a integralidade do cuidado.

Por outra via, Márcia Couto e colaboradores (2010), em estudo etnográfico sobre o atendimento a homens em unidades básicas de saúde de seis cidades brasileiras, mostram que a invisibilidade masculina desvela-se também na disposição do espaço das unidades, que se apresenta com demarcação predominantemente feminina, com cartazes de campanhas do Ministério da Saúde destinados principalmente a mulheres. Alinhando-se aos achados de Courtenay (2000), do ponto de vista da organização dos serviços, a lógica programática apresentou baixa incorporação do público masculino, o que reflete a percepção de divisões tradicionais de papéis de gênero, não apenas pelos usuários, mas também pelos gestores e profissionais de saúde.

Essas ponderações mostram o quanto ainda é desafiador se pensar na atenção integral à saúde. As fragilidades que se apresentam entre os textos das políticas e as práticas sanitárias já eram denunciadas pelos movimentos de mulheres, na tentativa de fortalecimento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Ainda hoje, suas ações programáticas atualizam uma identidade de gênero que valoriza as funções femininas de reprodução e de cuidado com os filhos, como ilustram as incansáveis campanhas de aleitamento materno e de prevenção dos cânceres de mama e de colo de útero. Inclusive, como alguns chamariam de intersectorialidade, a atenção primária contribui com o condicionamento da realização do exame preventivo anual da “mulher da casa” ao recebimento do auxílio financeiro do Programa Bolsa Família (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, s/d).

Como se pode notar, a saúde parece emergir como um motor moral, seja partindo da leitura de seus textos acadêmicos, seja observando os textos das políticas de saúde. Para Richard Klein, esta percepção moralizante em ambas as dimensões (acadêmica e da agenda política) ocorre porque a primeira alimenta a segunda, através da ideologia atual da saúde. Para ele, a

construção científica serve a compor agendas que nos privam de liberdade “para o nosso próprio bem” (KLEIN, 2010).

E, tratando-se da questão da invisibilidade masculina, seria o homem menos visível por incapacidade de os sistemas de saúde incorporarem suas necessidades? Por outro lado, levando-se em conta a crítica de Klein, podemos indagar também se as políticas que naturalizam um suposto papel masculino, regidas sob os auspícios de uma moralidade sanitária, agiriam para potencializar formas de apagamento dos jogos de interesse envolvidos no desenvolvimento tecnocientífico em saúde.

Quando não é bomba: anabolizantes e a defesa autorizada da virilidade em idosos

A partir dessas leituras, e retornando aos achados recentes da análise de artigos, surge um questionamento: a moralidade estabelecida na retórica dos artigos de saúde, de banimento e/ou criminalização dos riscos de uso não chancelado de EAA não estaria, por seu turno, propiciando paradoxalmente situações de risco em saúde? Aquilo que inicialmente soou uma cacofonia teórico-metodológica foi aos poucos se mostrando como uma possibilidade semântica relacionada à moralidade do discurso médico sobre os riscos em saúde. Neste caso, a moralidade foi percebida a partir da naturalização dos papéis sociais de gênero naquela retórica, que opera de acordo com o que Judith Butler nomeia de *normatividade heterossexual* (BUTLER, 2003).

Esta impressão de pesquisa foi fortalecida com a continuidade do estudo sobre as indicações clínicas mais recentes dos anabolizantes, que vêm proliferando entre artigos acadêmicos da área biomédica nos últimos anos e alargando as fronteiras para o uso clínico-médico de EAA. Exceto pelo emprego em casos de politraumatismos e queimaduras graves (DEMLING, 2009), os demais usos identificados convergem com uma empreitada sanitária que poderíamos chamar de melhoria da qualidade de vida das pessoas que enfrentam o processo de envelhecimento. Defende-se o uso de EAA, por exemplo, na *terapia antienvelhecimento* masculina, na medida em que os EAA atuam melhorando a disposição física e emocional, além de concorrer para a retomada do vigor sexual em idosos (BHASIN et al., 2010; EVANS, 2004).

Courtney Mykytyn (2006), apresentando os resultados de extenso trabalho etnográfico com médicos que se dedicam à medicina antienvelhecimento (termo cunhado no idioma inglês como *anti-aging medicine*), informa que esta é uma área emergente na prática médica, tendo ganhado força a partir da década de 2000. A autora caracteriza estas práticas como um movimento social que redefine o envelhecimento, de modo a torná-lo um objeto de intervenção pela biomedicina, uma vez que este é reduzido a uma experiência biológica marcada por um declínio, porém passível de ser

postergado por meio de intervenções farmacológicas, cosméticas e de mudanças de hábitos de vida.

Ainda que possamos localizar a medicina antienvhecimento como um conjunto de práticas destinado tanto a homens quanto a mulheres, neste caso o emprego de anabolizantes parece ser endereçado mais aos homens. No entanto, essas aplicações *anti-aging* dos EAA geraram controvérsias e, apesar de localizarmos na literatura argumentos que circunscrevem o crescente interesse no declínio da *performance* (sexual) dos homens a uma nova forma de medicalização do corpo masculino (MARSHALL, 2007), a retórica que é utilizada para aparentemente resistir ao uso emergente de EAA parece acabar por fortalecê-lo.

A discussão de aderência ou não a este novo uso de EAA está baseada na ponderação entre riscos e benefícios. Afinal, seu uso não estaria isento de riscos: Brunton et al. (2008) a condenam em virtude da possibilidade de desenvolvimento de hiperplasia benigna ou câncer de próstata, para citar algumas das patologias que podem surgir. Este é um dos argumentos que faz com que a abordagem antienvhecimento ainda não tenha adquirido o *status* de prática clínica amplamente aceita, pelo menos entre as representações de classe de médicos brasileiros¹⁵.

Quanto ao uso de EAA em idosos, ao observar recentemente o *site* da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), nota-se já haver menção à necessidade de tratamento da Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM):

A Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM), como é chamada clinicamente a queda da testosterona (também conhecida popularmente como andropausa), atinge de 15 a 20% dos homens acima dos 50 anos. A produção do hormônio pode começar a decair a partir dos 40 anos, mas, *ao contrário das mulheres, nem todos os homens terão o problema.* [...] Com o envelhecimento, os homens tendem a apresentar uma queda na produção do hormônio masculino, a testosterona, o que pode lhes causar cansaço, falta de desejo sexual, disfunção erétil, estresse, entre outros problemas. No entanto, o que muitos não sabem é que *a reposição hormonal é indicada apenas para casos específicos e não deve ser administrada se os níveis do hormônio estiverem normais, mesmo que haja queixa dos sintomas.* (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2016, grifos nossos).

¹⁵ Tal como ocorre com a medicina estética, a medicina antienvhecimento não é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003). Recentemente, uma resolução do CFM (1999/2012) tornou proscrito atribuir o termo “antienvhecimento” ou “*anti-aging*” a práticas médicas no Brasil.

Além de apresentar a TRH como um imperativo em mulheres, a fala da SBU é marcada pela imbricação entre o reconhecimento de padrões fisiológicos e a função sexual masculina, anteriormente mencionada. Fabiola Rohden (2011) comenta que, a exemplo do que aconteceu com as mulheres e a TRH, o surgimento da DAEM como uma entidade nosológica levou os homens a comporem uma população para a qual a associação entre sexualidade, juventude, hormônios e saúde tornou-se distintiva do discurso médico, evocando toda uma sorte de tecnologias passíveis de serem consumidas. Entretanto, esse uso ainda parece estar em disputa.

Verificando o *site* da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), não foi localizada nenhuma menção à “reposição” de testosterona em homens idosos. Por outro lado, fica bem definida a posição do órgão quanto à TRH em mulheres, conforme mencionado em uma lista de “dicas” sobre envelhecimento saudável, especificamente no item 28:

28 – Toda mulher a partir do momento que inicia o climatério, *com ou sem sintomas*, deve procurar o seu médico (Ginecologista, Geriatra, Clínico, etc.) para avaliar a possibilidade de fazer reposição hormonal, o que contribuirá para minimizar a Osteoporose e o envelhecimento precoce, dentre outras vantagens. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2016, grifos nossos).

Apesar de não apresentar em sua lista de dicas, destinada ao público leigo, o uso de “reposição hormonal” para idosos do sexo masculino, a SBGG indica como alternativa a processos típicos do envelhecimento a realização de exercícios físicos:

04 – FAÇA EXERCÍCIOS AERÓBICOS tipo caminhadas (passos rápidos), entre 30 minutos a 1 hora por dia. Haverá melhora do condicionamento cardio-respiratório. *Haverá melhora também na produtividade, libido, tônus muscular, memória, tensão e ansiedade, qualidade do sono, fadiga... Dá mais energia*, etc. “A saúde do idoso está nos pés”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2016, grifos nossos).

Assim, ainda que não se pautem pelo uso dos EAA até o momento, a SBGG parece apontar para outros modos de medicalização da senescência, na medida em que transmuta uma possível atividade de lazer (caminhadas) em uma prescrição médica. Destacamos que o discurso das sociedades médicas guarda relação com o discurso médico dos textos acadêmicos analisados neste trabalho não se superpondo, no entanto, a ele.

Em primeiro lugar, as sociedades de especialistas têm, entre seus objetivos e missões, acessar as informações consideradas científicas sobre os temas concernentes àquela especialidade, selecionando-as e, então, disponibilizando-as para os médicos especialistas, muitas vezes dando ênfase a determinado artigo, ou importando os consensos médicos de outras sociedades de especialistas. Outro fator importante para a leitura deste material é que o mesmo sofre processos de interpretação e tradução pelo corpo médico dessas sociedades. Este processo de tradução, que formará as diretrizes clínicas, é destinado tanto aos próprios médicos especialistas quanto ao público leigo.

Além desses aspectos, é digno de nota o quanto as sociedades médicas de especialidade e seus membros estão ligados à indústria farmacêutica e de equipamentos em saúde (ELLIOT, 2011). Esta mesma relação entre indústria e profissionais médicos, notória no conteúdo dos *sites* das sociedades de especialidade, é menos aparente nas enunciações dos artigos publicados em periódicos da área biomédica¹⁶. De um lado, temos o referendo do banimento do uso por homens jovens que visam aumento de força e disposição, na medida em que não há evidências clínico-epidemiológicas suficientes para assumir que esta conduta é passível de gerenciamento dos riscos.

Por outro lado, quando se trata de buscar o mesmo efeito em homens que envelhecem, os autores sinalizam o uso de EAA, em geral, sob um registro positivo. E, ainda que denotem haver poucas “evidências” sobre a eficácia desses usos, é comum sua recomendação, pela necessidade de se *produzir* estas mesmas evidências. Ainda, neste registro, efeitos de aumento de massa muscular e de força, sobretudo em homens, são considerados desejáveis.

Apesar de ambos constituírem práticas de manipulação farmacológica do corpo a partir do emprego das mesmas substâncias e, do mesmo modo, riscos à saúde terem sido relatados para ambos os usos, estes dois tipos de uso figuram de modo diferente no estatuto do uso de substâncias e, por consequência, no discurso médico. Ao que parece, o discurso médico atual sobre uso de EAA segue dizendo “não” para “jovens bombados”, e “sim” para “velhos empinados”, quando se trata de conquistar virilidade através de novas formas de medicalização, mediadas pela perspectiva biopolítica de apropriações do conceito de risco no campo da saúde.

Esta verificação instigou a curiosidade sobre que atributos fazem com que, aparentemente, o consumo de anabolizantes na medicina antienvelhecimento seja menos proibitivo do que na produção farmacológica de homens jovens, uma vez que o gerenciamento dos riscos em saúde é uma

¹⁶ Não obstante, ao longo da pesquisa, foram encontradas contradições verificadas neste tipo de material analisado, que reportam à existência desse jogo de interesses.

das premissas da prática médica. Além disso, quando se trata de risco, no contexto biomédico, o aumento da idade é um fator importante que deve ser considerado na exposição de sujeitos a substâncias nocivas à saúde.

Outra questão seria por qual razão o uso dos EAA ainda se apresenta com este registro negativo, em face da proliferação de procedimentos médicos para a modificação do corpo, tais como as lipoaspirações, o uso de fármacos para preenchimento de rugas faciais, o amplo emprego de inibidores de apetite etc. Basta lembrar que esses últimos procedimentos *emergentes* não deixam dúvidas sobre a possibilidade de danos à integridade física das pessoas, o que não necessariamente coíbe sua difusão. No entanto, ao se analisar o que justifica, na arena da saúde, a nomeação de abuso de esteroides anabolizantes como problema de saúde pública, a mesma prática, voltada para homens idosos e chancelada pela medicina, não parece repercutir nos textos das políticas analisados até então.

Referências

- ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Development. Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. p. 1-19. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2014.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medicamentos Controlados. **Listas de Substâncias Sujeitas a Controle Especial no Brasil**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos/Assunto+de+Interesse/Medicamentos+controlados/Listas+de+substancias+sujeitas+a+controle+especial+Brasil>>. Acesso em: 8 jan. 2015.
- BHASIN, S. et al. Testosterone therapy in adult men with androgen deficiency syndromes: an endocrine society clinical practice guideline. **Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 91, n. 6, p. 2536-59, jun. 2010.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Orgs. Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. Brasília: Senad, 2010.
- BRUNTON, L; PARKER, K; BLUMENTHAL, D.; BUXTON, IAIN (Eds.). **Goodman & Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics**. McGraw-Hill Medical, 2008.
- BUTLER, J. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CECCHETTO, F. A sina de ser forte. In: BERQUO, E. et al. (org.). **Sexualidade, Reprodução e Saúde**. Rio de Janeiro: FGV; 2009. p. 509-34.

CECCHETTO, F. R.; MORAES, D. R.; FARIAS, P. Distintos enfoques sobre esteroides anabolizantes: riscos à saúde e hipermasculinidade. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 369-382, 2012.

CHAVES, S. F. **No Labirinto dos Espelhos: o corpo e os esteroides anabolizantes**. Niterói: Nitpress, 2009.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. Uso off label: erro ou necessidade? **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 395-397, 2012.

CONRAD, P. **The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CONACHER, G. N.; WORKMAN, D. G. Violent crime possibly associated with anabolic steroid use. **American Journal of Psychiatry**, v. 146, n. 5, p. 679, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1666/2003. Disponível em: <www.portalmedico.org.br>. Acesso em: 21 jun. 2011.

COURTENAY, W. H. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's Well-Being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, Philadelphia, v. 50, p.1385-1401, 2000.

COUTO, M. T. et al. O Homem na Atenção Primária à Saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface**, Botucatu, v.14, n. 33, p. 257-270, 2010.

DEMLING, R. H. Nutrition, anabolism, and the wound healing process: an overview. **Eplasty**, v. 9, p. 65-94, 2009. Disponível em: <http://www.eplasty.com/index.php?option=com_content&view=article&id=272&catid=170:volume-09-eplasty-2009>. Acesso em: 30 abr. 2014.

ELLIOT, C. **White coat, black hat: adventures on the dark side of medicine**. Boston, MA: Beacon Press, 2011.

EVANS, N. A. Current concepts in anabolic-androgenic steroids. **American Journal of Sports Medicine**, v. 32, n. 2, p. 534-42, 2004.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos - CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, 2012.

GHOFRANI, H. A.; OSTERLOH, I. H.; GRIMMINGER, F. Sildenafil: from angina to erectile dysfunction to pulmonary hypertension and beyond. **Nature Reviews Drug Discovery**, v. 5, n. 8, p. 689-702, 2006.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAUJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Testosterone and other male sex hormones. In: _____. (eds). **Textbook of Human Physiology**. 11th ed. Filadélfia: Saunders Elsevier, 2006. p. 1003-1008.

HANDELSMAN, D. J. Testosterone: use, misuse and abuse. **Medical Journal of Australia**, v. 185, n. 8, p. 436-9, 2006.

HOBERMAN, J; YESALIS, C. E. The history of synthetic testosterone. **Scientific American**, v. 272, n. 2, p. 76-81, feb. 1995.

HOBERMAN, J. **Testosterone Dreams: rejuvenation, aphrodisia, doping**. Berkeley: University of California Press, 2005.

IRIART, J. A. B.; ANDRADE, T. M. Musculação, uso de esteroides anabolizantes e percepção de risco entre jovens fisiculturistas de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1379-1387, 2002.

IRIART, J. A. B.; CHAVES, J. C.; ORLEANS, R. G. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 773-82, 2009.

KANAYAMA, J.; HUDSON, J. I.; POPE, H. G. JR. Long-term psychiatric and medical consequences of anabolic-androgenic steroid abuse: a looming public health concern? **Drug Alcohol Depend**, v. 98, n. 1-2, p. 1-12, 2008.

KLEIN, R. What Is Health and How Do You Get It? In: METZL, J.; KIRKLAND, A. (eds). **Against Health**. How health became the new morality. New York: New York University Press, 2010. p. 15-25.

KOCHAKIAN, C. D. History of Anabolic-Androgenic Steroids. In: LIN, G.; ERINOFF, L. (eds.). **Anabolic Steroid Abuse**. Research Monograf 102. National Institute on Drug Abuse. EUA, 1990. p. 29-59.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 2001.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas: Papirus, 2011.

LESTER, D. Unshackling basic knowledge. **Policy**, v. 37, n. 4, p. 48-52, 2012.

MARSHALL, B. Climateric redux?: (re)medicalizing the male menopause. **Men and Masculinities**, v. 9, p. 509-529, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, novembro de 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_home_m.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde do Homem. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/faq-s/316-saude-do-homem/9251-saude-do-homem>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações Acerca dos Indicadores de Monitoramento.

Avaliação do Pacto Pela Saúde, nos Componentes Pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010–2011. Versão atualizada em 04/12/2009. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/cgi/InstrutivoPacto.pdf>> Acesso em: 10 fev. 2014.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Bolsa Família. Condicionalidades. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MORAES, D. R. de. **Entre tiro, porrada e bomba**: esteroides anabolizantes androgênicos, gerencialismo arriscado e os discursos médicos moralizantes. 2016. 165p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MURTA, D. Sobre a apropriação médica da transexualidade e a construção do Transtorno de Identidade de Gênero: considerações sobre a psiquiatrização das vivências Trans. **História Agora**, v. 16, p. 69-83, 2014.

MYKYTYN, C. E. Anti-aging medicine: A patient/practitioner movement to redefine aging. **Social Science & Medicine**, Philadelphia, n. 62, p. 643–653, 2006.

NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE. Anabolic Steroid Abuse. Commonly Abused Steroids. Aug. 2006. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/anabolic-steroid-abuse/what-are-steroidal-supplements>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

POPE, H. G. Jr.; KATZ, D. L. Homicide and near-homicide by anabolic steroid users. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 51, n. 1, p. 28-31, 1990.

QUAGLIO, G. et al. Anabolic steroids: dependence and complications of chronic use. **Internal and Emergency Medicine**, v. 4, n. 4, p. 289-296, 2009.

ROBERTS, C. **Messengers of sex**: hormones, biomedicine and feminism. Cambridge: University Press, 2007.

ROHDEN, F. “O homem é mesmo a sua testosterona”: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. **Horizontes Antropológicos**, n. 35, p. 161-196, 2011.

SABINO, C. Anabolizantes: drogas de Apolo. In: Goldenberg M, organizadora. **Nu & vestido**: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 139-88.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.1, p.7-17, 2005.

SOLER, P. T. et al. Vigorexy and levels of exercise dependence in gym goers and bodybuilders. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 19, n. 5, p. 343-348, 2013.

SJÖQVIST, F.; GARLE, M.; RANE, A. Use of doping agents, particularly anabolic steroids, in sports and society. **The Lancet**, v. 371, n. 9627, p. 1872-1882, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Dicas. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/dicas/>> Acesso em: 22 jan. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Reposição hormonal deve ser feita apenas com indicação médica. Disponível em:

<[TIGNOL, J.; MARTIN-GUEHL, C.; AOUIZERZATE, B. Body dysmorphic disorder \(BDD\). **La Presse Médicale**, v. 41, n.1, p. e22-e35, 2012.](http://portaldaurologia.org.br/dicas/reposicao-hormonal-deve-ser-feita-<u>apenas-com-indicacao-medica</u>/>. Acesso em: 22 jan. 2016.</p></div><div data-bbox=)

THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY. About. Disponível em:

<http://www.psychiatrist.com/pages/about_psychiatrist.aspx>. Acesso em: 29 jan. 2016.

WOOD, I. Anabolic-androgenic steroid dependence? Insights from animals and humans. **Frontiers in Neuroendocrinology**, v. 29, n. 4, p. 490-506, 2008.