

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

LETÍCIA CHAGAS

**MASCULINIDADES, (IM)POTÊNCIA E MEDICALIZAÇÃO NOS
DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Santa Maria, RS
2021

LETÍCIA CHAGAS

**MASCULINIDADES, (IM)POTÊNCIA E MEDICALIZAÇÃO NOS DISCURSOS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Linha de Pesquisa Problemáticas de Saúde e Contextos Institucionais, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Adriane Roso
Coorientadora: Prof^a Dr^a Carolina Leticia Zilli Vieira

Santa Maria, RS
2021

Chagas, Letícia
MASCULINIDADES, (IM)POTÊNCIA E MEDICALIZAÇÃO NOS
DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE / Letícia Chagas.-
2021.
82 p.; 30 cm

Orientadora: Adriane Roso
Coorientadora: Carolina Letícia Zilli Vieira
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2021

1. Sexualidade 2. Representações Sociais 3.
Medicalização 4. Masculinidades 5. Impotência Sexual I.
Roso, Adriane II. Zilli Vieira, Carolina Letícia III.
Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, LETÍCIA CHAGAS, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Leticia Chagas

**MASCULINIDADES, (IM)POTÊNCIA E MEDICALIZAÇÃO NOS DISCURSOS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Linha de Pesquisa Problemáticas de Saúde e Contextos Institucionais, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestra em Psicologia**.

Aprovado em 30 de setembro de 2021:

Adriane Roso, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)
Participação por vídeo

Adolfo Pizzinato, Dr. (UFRGS)
Participação por vídeo

Nikelen Acosta Witter, Dra. (UFSM)
Participação por vídeo

**Santa Maria, RS
2021**

AGRADECIMENTOS

Essa etapa da dissertação, supostamente, seria a mais fácil. Contudo, foi desafiador colocar em palavras aquilo que se sente. Sendo assim, recorri à norma técnica que orienta que os agradecimentos sejam sinceros, precisos e hierárquicos.

Primordialmente, agradeço à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP) pela oportunidade de fazer parte dessa instituição.

Agradeço imensamente à minha orientadora, professora Adriane Roso, por ter apostado e confiado em mim, até mesmo quando eu havia desistido. Obrigada pelo acolhimento, paciência, compreensão e ensinamentos.

Ao Núcleo de Pesquisa, Ensino e Extensão em Psicologia Clínica Social (VIDAS) pelos momentos de reflexões, (des)construções e descontração, sempre acompanhados de um bom café e guloseimas. Momentos interrompidos pela pandemia de COVID-19, tornando essa trajetória cada vez mais solitária.

À minha coorientadora, professora Carolina Zilli, que mesmo longe aceitou me auxiliar na pesquisa.

Às minhas companheiras Luisa A. Goulart e Ruthi Sberse, alunas da iniciação científica, que me acompanharam durante esses anos.

Aos profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa, compartilhando um pouco de suas experiências profissionais e pessoais.

À minha família e amigos por compreenderem a minha ausência nos almoços de domingos e confraternizações. Em especial, à minha mãe que me acompanhou em cada passo dessa caminhada.

Por fim, gostaria de romper com a formalidade dos agradecimentos e além de agradecer, reconhecer. Reconhecer que essa conquista não é sobre meritocracia, é sobre fazer parte de uma pequena parcela da população privilegiada.

RESUMO

MASCULINIDADES, (IM)POTÊNCIA E MEDICALIZAÇÃO NOS DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

AUTORA: Letícia Chagas

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Adriane Roso

COORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Carolina Leticia Zilli Vieira

Em 1998, nos Estados Unidos, foi aprovada a primeira pílula para tratamento de disfunções eréteis, o Viagra®. Desde então, a repercussão desse medicamento tem sido expressiva, tanto na maneira como pensamos o sexo e a sexualidade, como nas relações de homens e mulheres. Nesse sentido, esta dissertação de mestrado tem como objetivo analisar de que forma os discursos de profissionais de saúde sobre as masculinidades e impotência sexual se imprimem nas práticas de medicalização da sexualidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que os participantes são profissionais de saúde selecionados mediante a técnica de Bola de Neve (Snowball). Esses participantes foram submetidos a um questionário sociodemográfico, à Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP - Carta de Marear) e à entrevista semiestruturada, todas as etapas aconteceram via on-line. A interpretação das informações foi enquadrada por meio da Teoria das Representações Sociais, da Teoria da Medicalização e dos Estudos de Gênero, sobretudo da Teoria de Masculinidade. Para análise das informações, seguimos a análise de conteúdo, classificando os resultados em categorias semânticas. Compreendemos o saber como uma construção do sujeito indissociada do social e das relações com os outros e os objetos. Dessa forma, os entendimentos dos profissionais de saúde são compelidos pelas representações sociais de masculinidade acarretando a medicalização da sexualidade. Concluímos que o valor das crenças e dos preceitos culturalmente construídos no intercâmbio comunicacional cotidiano sobre masculinidade e ser homem implica na impotência sexual e na medicalização da sexualidade.

Palavras-chaves: Sexualidade; Representações Sociais; Medicalização; Masculinidades; Impotência Sexual.

ABSTRACT¹**MASCULINITIES, (IM)POTENCE AND MEDICALIZATION IN THE SPEECHES OF HEALTH PROFESSIONALS**

AUTHOR: Letícia Chagas

SUPERVISOR: Prof. Dr. Adriane Roso

COORDINATOR: Prof. Dr. Carolina Leticia Zilli Vieira

In 1998, in the United States, the first pill for the treatment of erectile dysfunctions, Viagra[®], was approved. Since then, the repercussion of this medication has been significant, as well as we think about sex and sexuality and the relationships between men and women. In this regard, this master's thesis aims to analyze how the discourses of health professionals about masculinities and sexual impotence are imprinted on the practices of medicalization of sexuality. It is a qualitative research where the participants are health professionals selected through the "Snowball technique". These participants were submitted to a sociodemographic questionnaire, the "Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP - Carta de Marear)" and a semi-structured interview, all steps were carried out online. The interpretation of information was framed through the Theory of Social Representations, the Theory of Medicalization and Gender Studies, especially the Theory of Masculinity. To analyze the information, we followed the content analysis, classifying the results into semantic categories. We understand knowledge as a construction of the subject inseparable from the social and from relationships with others and objects. Thus, health professional's understandings are compelled by social representations of masculinity, leading to the medicalization of sexuality. We conclude that the value of culturally constructed beliefs and precepts in the daily communicational exchange about masculinity and being a man implies sexual impotence and the medicalization of sexuality.

Keywords: Sexuality; Social Representations; Medicalization; Masculinities; Sexual Impotence.

¹ *Abstract* traduzido pelo Google Translate, sob a responsabilidade da Autora da Dissertação.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Participantes na Pesquisa.....	23
QUADRO 2 - Quadro de informações dos entrevistados	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A CONSTRUÇÃO SÓCIO-CULTURAL DA(S) MASCULINIDADE(S).....	11
2.2 SEXUALIDADE: DA IMPOTÊNCIA SEXUAL À DISFUNÇÃO ERÉTIL	14
2.3 MEDICALIZAÇÃO: MELHOR REMEDIAR DO QUE PREVENIR?	17
3 APONTAMENTOS METODOLÓGICOS	22
3.1 CAMPO DA PESQUISA	22
3.1.1 Critérios de Inclusão e Exclusão para a participação na Pesquisa	26
3.2 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	26
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
4.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MASCULINIDADE: O QUE É SER HOMEM?	29
4.1.1 Ser homem é (des)construção	31
4.2 SAÚDE SEXUAL: SEXO E TABU	34
4.2.1 Obstáculos à saúde sexual	37
4.3 MEDICALIZAÇÃO: REMEDIAR O IRREMEDIÁVEL	41
4.3.1 Efeitos colaterais: vide a bula	42
4.3.1.1 Automedicação e prescrição	45
4.3.1.2 Medicaliza, desmedicaliza e vice-versa.....	47
4.4 RECAPITULANDO	50
CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE 1 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	65
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	66
APÊNDICE 3 – QUADRO 3: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: O QUE É SER HOMEM?	68
APÊNDICE 4 – QUADRO 4: SAÚDE SEXUAL: SEXO E TABU	72
APÊNDICE 5 – QUADRO 5: MEDICALIZAÇÃO	77

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade faz parte da experiência humana e está presente em diversos contextos, sejam eles escolares, familiares, políticos e/ou de saúde. As relações sexuais compõem essas experiências, uma vez que a impotência sexual é uma das formas de expressão da sexualidade. A disfunção erétil, termo médico que faz referência à “impotência sexual”, deve ser compreendida diante de sua complexidade, a partir de fatores biopsicossociais. Os estereótipos de masculinidade são fatores que estão gendrados pela construção social, cultural e histórica do que se espera socialmente de homens e mulheres. Desse modo, o que se espera do homem em relação à atividade sexual? Qual a relação dos estereótipos de gênero com a medicalização da sexualidade? Estes são alguns questionamentos que permeiam esta dissertação de mestrado.

A dissertação, ora apresentada, está vinculada a um Projeto de Pesquisa maior intitulado “Políticas de Reprodução no Cíbermundo: Estudos sobre Tecnologias Contraceptivas, (In) fertilidade e Representações Sociais de Masculinidades/Feminilidades” (ROSO, 2019). O referido Projeto explora questões relacionadas a masculinidades, feminilidades, sexualidades, saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres, que me instigou a estudar as masculinidades e a medicalização da sexualidade. Desse modo, com esta pesquisa, pretendemos contribuir com o projeto maior, tendo como objetivo geral analisar de que forma os discursos de profissionais de saúde sobre as masculinidades e impotência sexual se imprimem nas práticas de medicalização da sexualidade.

No primeiro capítulo desta dissertação, organizamos a fundamentação teórica em três partes: “Representações sociais e a construção sociocultural da(s) masculinidade(s)”, que versa como as representações sociais e os estereótipos de masculinidade interferem na sexualidade dos homens; “Sexualidade: de impotência masculina à disfunção erétil”, sobre impotência sexual/disfunção erétil e suas interseções; e, por fim, “Medicalização: melhor remediar do que prevenir?”, a respeito dos saberes científicos sobre o corpo dos homens e as práticas de medicalização da sexualidade. A partir da exposição desses tópicos, construímos reflexões através de bases teóricas que sustentam a elaboração dos resultados dessa pesquisa

O segundo capítulo foi destinado aos apontamentos metodológicos. Esta p cunho qualitativo, no qual as informações foram investigadas por meio dos Estudos de Gênero, sobretudo dos Estudos de Masculinidade, da Teoria da Medicalização e da Teoria das Representações Sociais (TRS), sob a perspectiva da abordagem processual e dialógica. O campo da pesquisa precisou ser alterado devido a pandemia de COVID-19, transferido para modalidade on-line, realizada mediante *Google Meet*^{MT}, permitindo a comunicação por conexão

de áudio e vídeo. Os participantes foram profissionais de saúde que atendem pacientes homens, submetidos a um questionário sociodemográfico, à Técnica da Associação Livre de Palavras (TALP - “Carta de Marear”), prevista no projeto guarda-chuva e a entrevistas semiestruturadas. Utilizamos o método da análise de conteúdo para verificar as informações coletadas, que foi executado em três diferentes fases: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento, a inferência e a interpretação dos resultados (BARDIN, 1997).

O capítulo de discussão dos resultados foi ordenado de acordo com as categorias semânticas estabelecidas perante a análise de conteúdo, estruturadas em três elementos: masculinidade/ser homem, saúde sexual e medicalização/desmedicalização. O primeiro elemento está organizado em três subelementos: pensamento científico e pensamento cotidiano, ser homem e masculinidade e (des)construção. O segundo elemento composto pelos subelementos: sexo e tabu e obstáculos à saúde sexual. Por fim, o terceiro elemento, que versa sobre medicalização e desmedicalização, está estruturado em: efeitos colaterais, automedicação e prescrição e processos de medicalização e desmedicalização.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A CONSTRUÇÃO SÓCIO-CULTURAL DA(S) MASCULINIDADE(S)

“- Pai, eu acho que não sou homem...
Decepcionado, o pai chorou.
Aliviado, o filho sorriu, vendo que o pai também não era”.
(Homens não choram - Gabriel Araújo de Aguiar)

O poema escolhido para iniciar esse tópico retrata o estereótipo de que “homem não chora”, pois um “homem chorando pode parecer uma raridade que não podemos deixar de pensar sobre sua masculinidade (ou a falta dela)” (REESER, 2010, p.1). Esta seção versa sobre representações sociais, construção social e cultural da masculinidade e sua relação com a sexualidade dos homens. Para tanto, desfrutamos da TRS, na sua abordagem processual e dialógica, aliando aos Estudos de Gênero, especialmente os Estudos de Masculinidade.

A TRS, proposta por Serge Moscovici, configura "um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade" (ARRUDA, 2002, p. 129), a abordagem processual compreende as representações sociais como “o estudo dos processos e dos produtos através dos quais os sujeitos e os grupos constroem e significam o mundo, integrando as dimensões sociais e culturais com a história” (FÉLIX et al., 2016, p. 200). Logo, as representações são sempre sociais, dessa forma, diz respeito a alguém ou a alguma coisa (SÊGA, 2000; SANTOS; GUARESCHI, 2019). Visto que, a “realidade é socialmente construída e o saber é uma construção do sujeito, mas não desligada da sua inscrição social” (ARRUDA, 2002, p. 131), ou seja, da posição que as pessoas ocupam na sociedade (SÊGA, 2000; SANTOS; GUARESCHI, 2019) e, como o desenvolvimento humano ocorre na relação com os outros e os objetos. As representações são saberes, conhecimentos que implicam algumas dimensões, como por exemplo, afetivas, valorativas, simbólicas ou culturais (HERNANDES; FREITAS, 2017).

A cultura e a representação não podem ser dissociadas da natureza e do natural. Nesse sentido, o pênis é um elemento natural da constituição física dos homens, contudo, a definição do que é um pênis, bem como a importância atribuída a ele, estão ligadas a pressupostos culturais sobre masculinidade (REESER, 2010). Por isso, precisamos ampliar o entendimento sobre masculinidade, diante de sua complexidade, e buscar, por meio da história “a

compreensão dos significados que nos fornecem informações com as quais retrabalhamos a realidade” (SANTOS; GUARESCHI, 2019, p. 1215). Desse modo,

a palavra “masculinidade”, derivada do termo latino *masculus*, começou a ser utilizada apenas em meados do século XVIII, no momento em que se realizava uma série de esforços científicos no intuito de estabelecer critérios mais explícitos de diferenciação entre os sexos (OLIVEIRA, 2004, p.13).

Antes do século XVIII, o corpo e o sexo não eram biologicamente um oposto ao outro. Ser homem ou ser mulher estava relacionado a um lugar na sociedade. Com advento do Iluminismo, pensadores, com base nas novas descobertas biológicas, mudam essa visão e insistem na divisão entre os sexos (BADINTER, 1993; LAQUEUR, 2001).

A partir da transmutação do pensamento científico sobre os sexos, pontua-se a dicotomia entre dois mundos: masculino e feminino. Logo, a “biologia torna-se o fundamento epistemológico dos preceitos sociais” (BADINTER, 1993, p.9). O modelo científico dominante, até o final do século XVIII, era o modelo de sexo único. Neste modelo, os órgãos genitais de homens e mulheres eram tidos como sendo semelhantes. Todavia, os órgãos genitais nas mulheres estariam invertidos, o útero seria o escroto, os ovários os testículos, a vagina, o pênis, e a vulva, o prepúcio. Sendo assim, as mulheres eram concebidas como um homem imperfeito (LAQUEUR, 2001).

O “sexo, tanto no mundo de sexo único como no de dois sexos, é situacional; é explicável apenas dentro do contexto da luta sobre gênero e poder” (LAQUEUR, 2001, p.22). Diante disso, destacamos a importância do conhecimento científico que perpassa o social e vice-versa. É justamente nesse processo que se criam as representações.

Na investigação das representações sociais, Moscovici tensiona o pensamento científico e o pensamento cotidiano, considerando esses pensamentos como “um desenvolvimento contínuo do pensamento de senso comum para a ciência. Igualmente importante, o pensamento científico se difunde no pensamento cotidiano” (MARKOVÁ, 2017, p.362).

Desse modo, os estudos de masculinidade, também denominados como estudos sobre os homens e estudos críticos dos homens, sofreram influência científica, bem como do senso comum e dos movimentos sociais (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013). Por outro lado, os movimentos sociais de feministas e de libertação gay ganharam força desde a década de 1970, desacomodaram os pensamentos sobre gêneros e tensionaram as masculinidades. A libertação gay foi identificada como um ataque aos estereótipos de gênero (MEDRADO; LYRA, 2008;

CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013), propondo renovações conduzidas por minorias ativas² que atuam à margem da ciência. A Psicologia das Minorias Ativas, também proposta por Serge Moscovici, reflete como aqueles em posição minoritária são capazes de contribuir para a transformação social (MARKOVÁ, 2017; HERNANDES; FREITAS, 2017). Logo, as minorias ativas podem colocar em xeque representações sociais hegemônicas e contribuir para transformá-las.

Embora seja indubitável que os movimentos sociais contribuíram e contribuem para construção de novos saberes, não podemos ser tão otimistas a ponto de acreditar que tais mudanças aboliram as hierarquias de gênero, visto que as representações sociais de masculinidades ainda afetam as relações e se constituem um impeditivo para os homens exercerem suas sexualidades e/ou masculinidades (ECCEL; SARAIVA; CARRIERI, 2015; NASCIMENTO, 2018).

As masculinidades são múltiplas, todavia, a masculinidade hegemônica é a mais reconhecida e demandada, inferiorizando outros tipos de masculinidades, que são menos reconhecidos e menos legitimados (ECCEL; SARAIVA; CARRIERI, 2015). Essa hegemonia representa os homens beneficiários do patriarcado, mesmo os que não adotam “uma versão forte da dominação masculina podem ser vistos como aqueles que adotaram uma cumplicidade masculina” (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013, p.245). Desse modo, masculinidade hegemônica é entendida como um padrão de práticas regulamentares, mas estatisticamente não é norma, visto que uma minoria dos homens consegue segui-la rigorosamente, o que, exige constante dedicação para ser mantida (REESER, 2010; CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013).

Os corpos, enquanto objetos e agentes na prática social, também estão incorporados à hegemonia, pois passam por instituições, relações econômicas e símbolos culturais (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013). Logo, podemos identificar padrões de gênero na saúde, na doença e nos tratamentos médicos, na maneira como a função sexual masculina é centrada no pênis e na construção da disfunção erétil como um problema do corpo do homem (GIAMI, 2007; REESER, 2010; CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013).

Portanto, o estudo das representações sociais não pretende fabricar um conhecimento sobre o sujeito, todavia, busca entender qual é o conhecimento do sujeito sobre determinado objeto (SANTOS; GUARESCHI, 2019). Os estudos médicos, sobre impotência sexual, mesmo

² Sujeitos que se organizam de forma individual ou em grupos para criar estratégias e promover mudanças. Movimentos que Moscovici denominou minorias ativas (HERNANDEZ; ACCORSSI; GUARESCHI, 2013)

que aparentemente objetivos, estão vinculados a um conjunto de suposições culturais e linguísticas sobre o pênis (REESER, 2010).

Quando um homem relata a um profissional de saúde sobre problemas relacionados à impotência sexual, é preciso que o profissional considere todo esse universo cultural e a “força” que as representações sociais têm sobre os pacientes, bem como sobre as suas práticas de atendimento. Nesse sentido, nos perguntamos: como os profissionais de saúde entendem a impotência sexual? Como seus pacientes/clientes vivenciam a impotência? Que práticas resultam da interseção entre os conhecimentos dos profissionais e os saberes dos pacientes/clientes?

Tendo em vista os aspectos levantados, a impotência sexual pode ameaçar os estereótipos do que é “ser um homem” e interferir na construção das representações sociais sobre masculinidade. Essas preocupações influenciam a vida social das pessoas e impactam, consideravelmente, na saúde psíquica e física dos homens. Em razão disso, a próxima seção tem como foco a impotência sexual e a disfunção erétil.

2.2 SEXUALIDADE: DA IMPOTÊNCIA SEXUAL À DISFUNÇÃO ERÉTIL

“erguer, entrar, molhar”
(O tribunal da impotência - Pierre Darmon)

A frase que abre esta seção é a premissa do século XVIII, identificada pelos especialistas do “que faz do homem um homem viril” (DARMON, 1979, p.29). Por séculos, o sexo fez parte do compromisso formal do matrimônio, visto como crucial para a vida conjugal e o não cumprimento deveria ser denunciado. A sexualidade masculina, sob o prisma da impotência, é pautada de diferentes formas, em diversos contextos, incluindo o jurídico, médico, teológico, entre outros. Diante da importância atribuída à impotência sexual, nos desafiamos a refletir sobre fatores ambientais e biopsicossociais relacionados à sexualidade dos homens.

As relações sexuais sempre fizeram parte da vida dos seres humanos, seja com a finalidade de procriação ou de prazer, da mesma maneira que sempre existiu a impotência sexual. O vocábulo “impotência” surgiu no século XV (MORGENTALER, 2004) e, desde então, a impotência sexual é condenada. A mesma Corte que condenava os réprobos (loucos, alquimistas, pobres, entre outros), por muito tempo, incluiu os impotentes. Até o século XVIII, o homem que falhava sexualmente estava suscetível à investigação via judicial, e tudo isso decorria em prol do matrimônio (DARMON, 1979). Essa prática jurídica sustentada pelo

conhecimento médico-legal e teológico, que mediava a vida conjugal. Embora, a partir do século XIX, os processos de impotência sejam raridade (DARMON, 1979), a incapacidade de ter e/ou manter uma relação sexual continua sendo avaliada e julgada. No entanto, submetida a uma condenação diferente.

O pensamento científico evoluiu no campo da medicina durante o século XX, início dos anos 80, ao estabelecer mudanças no entendimento acerca da impotência sexual masculina. Um dos resultados dessa evolução foi a alteração do significado da expressão “impotência sexual”, que passou a ser considerada “politicamente incorreta”, “pejorativa” e “inapropriada”. Sendo assim, paulatinamente transformou-se de “impotência masculina” à “disfunção erétil” (GRASSI; PEREIRA, 2001; MORGENTALER, 2004; GIAMI, 2009; RUSSO, 2013).

Nesses termos, Impotência significa: “1. Estado ou condição de impotente. 2. Falta de força, de poder ou de condição para realizar alguma coisa; impossibilidade, insuficiência”. Em relação a assuntos médicos, refere a “3. Impossibilidade, para o homem, de praticar a cópula em consequência de falta de ereção ou de um problema qualquer que impeça a consumação regular do ato; falta de potência sexual” (MICHAELIS, 2015).

O Ministério da Saúde lançou o material “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado” (BRASIL, 2018), em que a impotência sexual é identificada como disfunção erétil, ou seja, a incapacidade em obter e/ou manter uma ereção peniana suficiente, que permita uma atividade sexual satisfatória, durante pelo menos três meses (BRASIL, 2018; BARREIRA et al, 2019). Tanto a “impotência sexual” quanto a “disfunção erétil” estão atribuídas à dificuldade ou à impossibilidade de obter ereção; diminuição ou perda da rigidez peniana, que pode ser temporária ou permanente (GIAMI, 2009; PINHEIRO; COUTO; NOGUEIRA DA SILVA, 2011; ALVES; QUEIROZ; MEDEIROS, 2012).

Desse modo, as mazelas da sexualidade dos homens, concebida antes como um problema matrimonial, social e jurídico, passam a ser admitidas como um problema de saúde. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-V) dedicou um capítulo às disfunções sexuais, ignorando o erotismo, que é substancial na sexualidade humana e, se calçando no instinto, limitando-se à função reprodutiva (JERUSALINSKY; FENDRIK, 2011). Definidos como problemas médicos, as impotências sexuais estão catalogadas em nosografias como disfunções eréteis.

Para a medicina, a ausência de ereção pode ser um sintoma de problemas cardiovasculares e diabetes, relacionada a causas como intoxicação por agrotóxicos, tabagismo e uso de drogas. Sendo assim, a ereção torna-se um importante indicador do estado de saúde dos homens, principalmente de envelhecimento (GIAMI, 2007; PNAISH, 2008).

Os anseios e as expectativas sobre a sexualidade também são retratados no cinema, nas poesias e nas músicas. Um exemplo disso é a marchinha de carnaval “A pipa do vovô”, composta por Manoel Ferreira e Ruth Amaral (1987), que retrata a construção simbólica do envelhecimento dos homens combinada à disfunção erétil em: “a pipa do vovô não sobe mais, apesar de fazer muita força”³. As músicas, reconhecidas enquanto discursos, possuem uma interface sociocognitiva, em que podemos identificar representações sociais. Do mesmo modo é uma ferramenta de afirmação das representações sociais (SOBREIRA; SILVA, 2020).

Além de ser identificada como um indicador de envelhecimento dos homens, a disfunção erétil também é transformada em patologia, privação de saúde, negação da função (disfunção), ou seja, que não funciona (GRASSI; PEREIRA, 2001; COUTO, 2011). De fato, a ausência de ereção é um “sintoma sentinela” que pode denunciar diversas complicações cardiovasculares, como por exemplo, a hipertensão arterial. A impotência e a ejaculação retrógrada também são complicações recorrentes em homens com diabetes mellitus (BRASIL, 2011; SOUZA et al., 2011; CARVALHO et al., 2017).

A disfunção erétil pode ser de origem iatrogênica, como resultado de uma prostatectomia radical, uma abordagem terapêutica utilizada em doentes com câncer de próstata clinicamente localizado, procedimento cirúrgico que remove completamente a próstata e estruturas adjacentes (ALVES; QUEIROZ; MEDEIROS, 2012; BARREIRA et al., 2019). Embora, mantenha a integridade das estruturas anatómicas dedicadas às funções de continência urinária e potência sexual, podem ocorrer problemas em obter ereção e, se a dificuldade persistir por até três meses, após o procedimento, a causa pode ser de natureza psíquica (BRASIL, 2018; BARREIRA et al., 2019).

Nesse sentido, apesar do estímulo ser favorável, ter e/ou manter uma relação sexual satisfatória depende de uma série de fatores. A ausência de ereção pode ocorrer se o homem estiver submetido a condições de ansiedade, estresse, depressão e fadiga física. Logo, é importante considerar as condições ambientais, bem como, psicogênicas (BRASIL, 2011; BRASIL, 2018). A disfunção erétil pode ser de caráter psíquico, o que impacta na qualidade de vida dos homens e de seu(s/as) parceiro(s/as), acarretando sofrimento psicológico (GRASSI; PEREIRA, 2001; DOMINGOS; BRITTO, 2013; BRASIL, 2018).

Para avaliação dos casos, também é imprescindível pensar em condições externas. A exposição aos agrotóxicos pode afetar negativamente as funções reprodutivas, causando infertilidade e disfunção erétil (SILVERIO; PINHEIRO, 2019). O Instituto Nacional de Câncer

³ Trecho da música “A pipa do vovô” (1987)

(INCA, 2015; INCA 2019) indicou a impotência como um dos principais efeitos/sintomas crônicos do uso de agrotóxicos. O déficit de informações sobre as quantidades de agrotóxicos utilizados, principalmente pelos pequenos produtores, dificulta o diagnóstico relativo a problemas de saúde como: fraqueza, formigamento, impotência sexual e outros (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017).

Além dos agrotóxicos, outro fator externo é o consumo de tabaco. O cigarro possui diversas substâncias tóxicas e, desse modo, oferece múltiplos riscos à saúde, dentre eles, a impotência sexual nos homens (BRASIL, 2015; ANVISA⁴, 2018). Perante essa problemática, o Brasil implantou a Lei Nº 9.294 (BRASIL, 1996), que exige que os maços de fumígenos contenham advertências e imagens nas embalagens em relação ao consumo de tabaco.

A referida Lei também prevê que as propagandas de cigarros não deverão ser associadas a “ideias ou imagens de maior êxito na sexualidade das pessoas, insinuando o aumento de virilidade ou feminilidade de pessoas fumantes” (Art. 3º). É jocoso a publicidade associar cigarros à masculinidade, uma vez que o tabagismo pode ser uma das causas da impotência sexual, por exemplo, a famosa marca de cigarros Marlboro, que usou em sua publicidade a imagem de um caubói, retratando a virilidade masculina (BADINTER, 1993).

Todavia, além das influências socioambientais, é necessário considerar que a saúde sexual transcende ao corpo biológico. As preocupações em relação à sexualidade interferem na vida social das pessoas, influenciando consideravelmente a saúde psíquica e física dos homens. Frente a isso, surge a medicalização do comportamento e das causas de sofrimento humano, incluindo as relacionadas à sexualidade. Logo, a próxima seção será dedicada à medicalização da sexualidade.

2.3 MEDICALIZAÇÃO: MELHOR REMEDIAR DO QUE PREVENIR?

“Escrever receitas é fácil,
mas entender-se no resto com pessoas é difícil”
(Um médico rural - Kafka, 1990, p.12)

O trecho do conto kafkiano, escrito em 1919, apesar de suas características surrealistas, nos provoca a pensar que o paciente, além de ser “um corpo doente”, também carrega consigo questões sociais, psicológicas, culturais e históricas. Neste contexto, os profissionais de saúde necessitam considerar tais questões antes de indicar qualquer tipo de tratamento. Diante dessa

⁴ Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

afirmativa, essa parte do estudo tem como objetivo refletir a respeito da medicalização, em especial, a medicalização da sexualidade dos homens. O conhecimento sobre as práticas de medicalização nos auxiliará, a posteriori, na construção dos resultados dessa pesquisa.

Na seção anterior apresentamos a impotência sexual como uma preocupação que interfere na vida social das pessoas, o que ocasiona sentimentos de angústia, fracasso e sofrimento pela não realização do ato sexual esperado, afetando negativamente a saúde psíquica e física dos homens (DOMINGOS; BRITTO, 2013). Frente a isso, investe-se em solucionar o problema mediante tratamentos distintos, sendo o medicamentoso um desses.

Antes de Cristo já existia a preocupação com a impotência sexual e, conseqüentemente, o anseio por uma solução. Um papiro escrito no Egito, aproximadamente 1.700 a.C, prescrevia cataplasma com ervas moídas e mel em resposta à impotência (SHOKEIR; HUSSEIN, 2004). Em meados do século XIX, os estudos sobre sexualidade deslocaram-se do casal heterossexual; sexo marital, às “disfunções”, em especial, da sexualidade dos homens. Diante disso, com a consolidação da Medicina Sexual, as intervenções passaram a ocorrer mediante o uso de fármacos (RUSSO, 2013).

A produção de medicamentos se expandiu à medida em que surgiram novas patologias. Igualmente, foram se construindo novas patologias para se aumentar a venda de medicamentos. O pensador Ivan Illich, com base em estudos no campo do saber-poder biomédico, durante a década de 1960, é um dos primeiros a usar o conceito de medicalização (GAUDENZI; ORTEGA, 2012; SAMPAIO; MEDRADO; MENEZES, 2020). O termo medicalizar faz referência a “tornar-se médico”, ou seja, a medicalização como processo de tornar problemas não médicos em questões médicas passíveis de serem catalogadas e de um tratamento medicamentoso (CONRAD, 1992; CONRAD, 2007; SAMPAIO; MEDRADO; MENEZES, 2020). Desse modo, os problemas da vida passaram a ser definidos como problemas médicos, e o sociólogo Peter Conrad (2007), nos provoca com a seguinte interrogação: quais problemas humanos são problemas médicos reais?

Nas últimas décadas, a evolução tecnológica da biomedicina possibilitou o aumento da expectativa de vida das pessoas (ROSO, 2019). Não existe cura para todas as doenças, mas existem medicamentos para todas elas, seja para aliviar os sintomas, seja para tratá-las ou para preveni-las. Os medicamentos são produtos especiais elaborados com a finalidade de diagnosticar, prevenir, curar doenças ou aliviar seus sintomas, sendo produzidos com rigoroso controle técnico para atender às especificações determinadas pela ANVISA. O efeito do medicamento se deve a uma ou mais substâncias ativas com propriedades terapêuticas reconhecidas cientificamente, que fazem parte da composição do produto, denominadas

fármacos, drogas ou princípios ativos. Os medicamentos seguem as normas rígidas para poderem ser utilizados, desde a sua pesquisa e desenvolvimento, até a sua produção e comercialização (ANVISA, 2010, p.12).

Nos Estados Unidos, em 1998, foi aprovada a primeira pílula para tratamento de disfunções eréteis, o Viagra®. Desde então, a repercussão desse medicamento tem sido expressiva, e um dos efeitos colaterais positivos do Viagra® foi a possibilidade de ampliação das temáticas sobre sexo e sexualidade no social (COUTO, 2011). Não é por acaso que se divulga que o Viagra® permitiu vinte anos de ereção perdida (LOREZETTO, 2018), e poderíamos acrescentar, de medicalização da ereção! Contudo, diante dos benefícios ofertados pelos medicamentos, a ideologia da medicalização acaba se naturalizando em nossa sociedade; comumente a bula é ignorada, da mesma forma que os efeitos colaterais de curto e longo prazo (ROSO, 2019).

Com advento da “pílula mágica” Viagra®, algumas pesquisas referentes à sexualidade dos homens emitiram posicionamentos organicistas, circunscrevendo-as ao corpo biológico, reduzindo o tratamento medicamentoso e, assim, a serviço da lógica do mercado de consumo. A mecanicidade da sexualidade dissociou a (im)potência sexual das relações entre duas ou mais pessoas, bem como, a eximiu do envelhecimento intrínseco (GIAMI, 2007; PINHEIRO; COUTO; NOGUEIRA DA SILVA, 2011).

A dificuldade de ereção e o fracasso no desempenho sexual aterrorizaram os homens por diversas épocas. Porém, a sofisticação tecnológica aumentou as expectativas dos homens em restituírem a virilidade perdida por causa da impotência sexual, especialmente entre os mais velhos (CONRAD, 2007; GOMES; REBELLO; NASCIMENTO, 2010). O sucesso do Viagra® só foi possível porque transformaram a impotência sexual em patologia. Venderam a ideia de que todo homem, de qualquer faixa etária, está suscetível à impotência sexual. Por conseguinte, o fármaco apresenta-se como a solução e a prevenção do problema (ROHDEN, 2012).

Para cada problema, uma solução. Os sex shops, por exemplo, para problemas com tamanho do pênis, oferecem como solução extensores penianos e capas penianas. Com isso, “o ditado popular de que “tamanho não é documento” é esquecido ou passa a não ter nenhum valor” (GOMES; REBELLO; NASCIMENTO, 2010, p.99). As “indústrias do sexo” lucram com a promessa de melhorar as relações sexuais, uma vez que nutrem o desejo de virilidade. As propagandas de produtos sexuais destinados aos homens salientam a importância da rigidez peniana, da virilidade e da potência sexual. Um exemplo é o Gel Aerossol Turbine, um excitante sexual que retarda a ejaculação do homem, que promete potencializar “ao máximo a virilidade masculina” (MILLI, 2020). O Testoviril, “indicado principalmente para homens que desejam

virilidade e saúde sexual plena” (FANTAZZIA, 2020), promete “turbinar o desempenho sexual, ganhando mais potência, virilidade e poder” (MLXMAGAZINE, 2020). Essas são algumas marcas de utensílios e pílulas para o “benefício” da saúde sexual dos homens.

Entretanto, se todo medicamento pode causar efeitos colaterais, quais serão os impactos desses produtos na vida de seus usuários? O que será que estamos medicando? A preocupação com o desempenho sexual é evidente, visto que existem inúmeros medicamentos, sugestões, receitas e simpatias para dar um “up” no desempenho sexual.

Em relação a isso, a ANVISA (2010) alerta que os principais problemas da medicina popular são os efeitos colaterais e a toxicidade das substâncias utilizadas. Destaca ser um mito dizer que “se é natural não faz mal” (ANVISA, 2010, p. 56), pois, os princípios ativos têm efeitos colaterais e podem causar intoxicação. A medicina popular, refutadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), são declaradas como parte do processo de desmedicalização, já que, frequentemente, ignoram a profissão médica (CONRAD, 2007).

Destarte, a Teoria da Medicalização questiona a dominância do saber-poder médico, bem como, a TRS confronta a supervalorização do saber científico em detrimento do saber do senso comum (ROCHA, 2014). Diante da dinâmica entre a ciência e o senso comum, reforçamos as conjecturas desenvolvidas pela TRS, concebendo dois tipos de universo: o universo reificado e o universo consensual. O primeiro, refere-se ao conhecimento científico, constituído pelos *experts*, divididos por área de competência e prezam pela ausência de envolvimento. O segundo, universo consensual, se constitui pela conversação informal no cotidiano e é acessível a todos (ARRUDA, 2002). De certa forma, esses universos indicam dois saberes que, mesmo sendo diferentes, podem se comunicar (ROSO et al., 2011).

O alerta sobre a medicina popular e seus métodos naturais foi promulgado pela ANVISA (2010) e precisa ser observado, com cuidado, para que o saber científico não desconsidere o “valor das crenças e dos conceitos culturalmente construídos no intercâmbio comunicacional cotidiano que constitui e é constituído na cultura” (ROCHA, 2014, p.51). E para que, o ocorrido na Idade Média não se repita, uma vez que qualquer prática deveria ter aprovação da Igreja ou da medicina oficial, caso contrário os resultados extraordinários eram catalogados como “obra do diabo” e as curandeiras eram condenadas a serem queimadas vivas nas fogueiras da inquisição, acusadas de bruxaria (CAMPOS, 2010; SILVA, 2018).

Apesar das impotências sexuais terem sido pautadas como patologias médicas, não se limitam a isso. São questões complexas e singulares de cada homem e seu tratamento não deve ser limitado ao medicamentoso. As definições de normalidade e anormalidade são monopolizadas pela medicina e pelas indústrias farmacêuticas. Dessa maneira, “para cada nova

patologia, abre-se um novo mercado para a indústria farmacêutica. Esta, sim, nunca foi tão feliz – e saudável!” (BRUM, 2013).

Desse modo, pode-se afirmar que, as impotências sexuais não se restringem a um diagnóstico ou à ereção peniana e devem ser assinaladas como causas e consequências multifatoriais, ou seja, biopsicossocial e socioambiental. Portanto, passível de investigação e tratamento multidisciplinar. A padronização da sexualidade, restrita a questões organicistas, acaba fomentando a medicalização e impossibilitando aprofundamentos essenciais para um tratamento mais efetivo. Nesse sentido, investigar as relações entre o processo de medicalização e de impotência sexual se faz extremamente importante.

3 APONTAMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa é de cunho qualitativo e demanda o entendimento das relações sociais, considerando os valores, crenças, representações, hábitos, atitudes, opiniões, buscando compreender os significados que perpetuam em um determinado ambiente (MINAYO; SANCHES, 1993). A pesquisa qualitativa permite explorar, de forma complexa, as informações coletadas (ROSO, 2019). A interpretação das informações foi enquadrada por meio do entendimento dos Estudos de Gênero, da Teoria da Medicalização e da Psicologia Social Crítica, na qual os cientistas sociais estudam as representações sociais, as relações de gênero, as estratégias de resistência e a criação de processos de singularização. Estipulamos como amostragem desta pesquisa profissionais de saúde, ou seja, sujeitos sociais pesquisados (MINAYO, 2001).

Para a interpretação das informações construídas adotamos a análise de conteúdo, que oferece um conjunto de técnicas de organização e análise dos dados (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). A análise de conteúdo pode reconstruir “mapas de conhecimento”, por meio da linguagem que as pessoas usam para representar o mundo como conhecimento e autoconhecimento (BAUER e GASKELL, 2002, p.194). Seguimos essa proposta analítica em suas três diferentes fases: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 1997).

3.1 CAMPO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada via *Google Meet*^{MT}, um serviço de comunicação por vídeo, desenvolvido pelo *Google*^{MT}, que permite a comunicação de modo on-line por meio de conexão de áudio e vídeo. O e-mail institucional, disponibilizado pela UFSM, proporcionou de forma gratuita, acesso aos serviços do *Google*^{MT}, incluindo a versão do *Google Meet*^{MT} que possibilitou a gravação das entrevistas com os participantes da pesquisa.

As entrevistas foram agendadas individualmente com os participantes e após a confirmação se gostariam de contribuir com essa pesquisa. As entrevistas seguiram o modelo semiestruturado, a partir de um roteiro prévio, mas que possibilitou o surgimento de novas perguntas, tornando a entrevista mais natural e mais dinâmica. A pesquisadora selecionou um ambiente adaptado, assegurando a privacidade dos participantes, evitando ruídos e interrupções externas. Esses participantes também receberam recomendações, com propósito de assegurar o sigilo das informações compartilhadas.

O *corpus* é um conjunto de materiais, determinado previamente pelo pesquisador. Segundo Bauer e Aarts (2002), a constituição do *corpus* garante a eficiência da seleção material que caracteriza um todo, de forma mais homogênea possível. Para isso, os materiais em um *corpus* devem ter apenas um tema específico.

O *corpus* está vinculado a um período histórico. Os pesquisadores que utilizam a abordagem qualitativa têm interesse em identificar a variedade de representações das pessoas no contexto sócio-histórico em que estão inseridas, ou seja, em observar a maneira como as pessoas se relacionam com os objetos, através das “opiniões, atitudes, sentimentos, explicações, estereótipos, crenças, identidades, ideologias, cosmovisões, discursos, hábitos e práticas” (BAUER; AARTS, 2002, p.57).

O *corpus* foi constituído pelo discurso dos profissionais de saúde que atendem pacientes, os quais são clientes homens. O recrutamento desses participantes iniciou a partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE:20532119.4.0000.5346), no dia 13 de outubro de 2020.

Para seleção dos participantes da pesquisa, optou-se pela técnica de amostragem denominada “bola de neve” (*snowball*). Esse tipo de técnica utiliza cadeias de referência, uma estratégia adotada em pesquisas qualitativas. A execução dessa técnica é realizada por meio de informantes-chave, que auxiliam a localizar pessoas com perfil necessário para a pesquisa. Os primeiros participantes selecionados indicam outros contatos com as características desejadas, e assim sucessivamente, estabelecendo uma rede de interlocutores que não são escolhidos ao acaso, mas a partir de características específicas que devem ser verificadas (VINUTO, 2014).

O Quadro 1 indica quais profissionais de saúde participaram dessa pesquisa, o número de participantes de cada grupo e as intervenções que foram efetuadas.

Quadro 1- Participantes na Pesquisa

ID Grupo	Nº Indivíduos	Intervenções realizadas
Psicólogos/as	2	Entrevistas on-line, TALP, questionário
Psiquiatras	2	Entrevistas on-line, TALP, questionário
Urologista	1	Entrevistas on-line, TALP, questionário
Fisioterapeutas	2	Entrevistas on-line, TALP, questionário
Farmacêuticos/as	4	Entrevistas on-line, TALP, questionário

Médico/a Geral (piloto)	2	Entrevistas on-line, TALP, questionário
-------------------------	---	---

Fonte: da autora, 2021.

Antes de iniciarmos as entrevistas, realizamos duas entrevistas piloto, com o propósito de testar o roteiro. A primeira entrevista foi com uma médica residente em medicina interna e a outra com um médico atuante na Atenção Básica. Após as entrevistas piloto, consideramos que o roteiro atendia aos propósitos da entrevista.

A primeira convidada a participar da pesquisa (à exceção da piloto) foi uma farmacêutica, atendente em uma farmácia no município de Santa Maria - RS, localidade em que residem as pesquisadoras. Essa farmacêutica indicou um colega de profissão para também participar da pesquisa, que, por sua vez, indicou outro colega e, assim sucessivamente, como é o esperado na técnica “bolo de neve”.

Foram convidados, no total, 32 profissionais de saúde, destes, 4 profissionais não se encaixavam no critério de inclusão; 15 não responderam ao convite (8 urologistas, 4 farmacêuticos, 1 enfermeiro, 2 fisioterapeutas) e 13 aceitaram participar da pesquisa. Contudo, dois não compareceram à entrevista agendada, totalizando 11 entrevistas efetuadas (1 urologista, 2 fisioterapeutas, 4 farmacêuticos/as, 2 psicólogos/as e 2 psiquiatras).

Com propósito de preservar as identidades dos participantes utilizamos nomes fictícios de deuses/as e personagens da mitologia grega, escolhidos aleatoriamente. A escolha dos pseudônimos foi instigada pelo livro “Inventando o sexo. Corpo e gênero dos gregos a Freud” (LAQUEUR, 2001). Nesse livro, Laqueur aborda a diferença sexual como uma construção de gênero, realizando um aparato histórico desde Aristóteles a Freud. Os pseudônimos escolhidos estão relacionados a deuses, deusas e personagens vinculados, de alguma forma, à sexualidade. O Quadro 2 apresenta a sistematização do *corpus*.

Quadro 2 - Quadro de informações dos entrevistados⁵

Pseudônimo	Profissão	Instituição	Tempo de formação	Idade	Sexo	Orientação sexual
Eros	Psicólogo	Clínica	0-5 anos	30-35 anos	Masculino	Heterossexual
Afrodite	Psicóloga	Ambulatório de urologia	15-20 anos	40-45 anos	Feminino	Heterossexual

⁵ Informações auto referidas.

Anteros	Psiquiatra	Clínica / plano de saúde	10-15 anos	35-40 anos	Masculino	Heterossexual
Príapo	Psiquiatra	Clínica / unidade psiquiátrica/ docência	10-15 anos	40-45 anos	Masculino	Heterossexual
Iris	Farmacêutica	Farmácia	0-5 anos	25-30 anos	Feminino	Heterossexual
Hebe	Farmacêutica	Farmácia	15-20 anos	40-45 anos	Feminino	Heterossexual
Hermes	Farmacêutico	Farmácia	10-15 anos	35-40 anos	Masculino	Homossexual
Sirena	Farmacêutica	Farmácia	5-10 anos	30-35 anos	Feminino	Heterossexual
Pothos	Fisioterapeuta	Clínica / docência	0-5 anos	20-25 anos	Masculino	Não informado
Hera	Fisioterapeuta	Clínica / docência	10-15 anos	30-35 anos	Feminino	Heterossexual
Himeros	Urologista	Plano / ambulatório de urologia	10-15 anos	35-40 anos	Masculino	Heterossexual

Fonte: da autora, 2021.

As informações para análise foram construídas a partir do modelo de entrevista semiestruturadas (Apêndice 1). As entrevistas semiestruturadas constituem-se constituem em uma técnica dinâmica que explora um assunto a partir da busca de informações, percepções e experiências dos/as participantes da pesquisa.

Os participantes também foram submetidos a um questionário sociodemográfico (Apêndice 2), com o objetivo de levantar dados relativos a: sexo, idade, estado civil, profissão, especialidade e procedimentos prestados aos pacientes. Para o questionário, utilizamos o *Google Forms*^{MT} (on-line), ferramenta que possibilitou aos participantes responderem ao instrumento.

Também recorremos ao *Google Forms*^{MT} (on-line) para aplicação da Técnica de Associação Livre de Palavras – TALP (denominada aqui de “Carta de Marear”, prevista no projeto guarda-chuva). A TALP é utilizada “para se descobrir como as pessoas imaginam um

assunto, isto é, qual a perspectiva que trazem, e para compreender uma gama de outros conceitos e ideias com ele relacionadas” (GASKELL, 2002, p.80). Na Carta de Mear, o entrevistado deve responder o formulário com uma a três palavras que surgirem à sua mente quando ler a palavra apresentada (sem hesitar). Por exemplo, é apresentada a palavra “gato” a palavra que surge de imediato é “rato”.

O material coletado com a TALP ficará armazenado no banco de dados do projeto guarda-chuva, possibilitando a construção de novos estudos. A esse material, aplicamos os critérios de inclusão e exclusão, os quais especificamos a seguir.

3.1.1 Critérios de Inclusão e Exclusão para a participação na Pesquisa

Critérios de Inclusão

Critérios de inclusão dos/as participantes entrevistados/as:

- a) Ser profissional da saúde que atende pacientes homens e precisa estar disposto/a falar sobre suas opiniões, pensamentos e conhecimentos em relação a sexualidade dos homens e medicalização da sexualidade.
- b) Consentir em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 5).

Critérios de Exclusão

Critérios de exclusão dos/as participantes entrevistados/as:

- a) Profissionais de saúde que não atendem pacientes homens.
- b) Que não se sintam à vontade para falar sobre os temas da pesquisa.
- c) Pessoas que não falam português, que tenham características físicas (condições de saúde física) ou psicossociais (condições de saúde mental) que impossibilitem a comunicação verbal.

3.2 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Para análise dos dados seguimos a proposta epistemológica da Psicologia Social Crítica, contando com a TRS em sua abordagem psicossocial processual que contribuiu à interpretação das informações coletadas (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2012; JOVCHELOVITCH, 2008; ARRUDA, 2014). A TRS nos possibilitou explorar diferentes dispositivos históricos e psicossociais que constituem o processo de representação

(MOSCOVICI, 2012). Nesse sentido, a Psicologia Social Crítica deve estar atenta ao contexto histórico (GUARESCHI, 2012), tendo em vista que as representações sociais são polivalentes, na medida em que são uma construção “ontológica, epistemológica, psicológica, social, cultural e histórica” (JOVCHELOVITCH, 2004, p.23).

A TRS foi incorporada a outras perspectivas e teorias, refletindo um modelo teórico de triangulação, que consiste na aplicação de conceitos e perspectivas de diversas teorias e disciplinas. A abordagem e a teoria eleitas foram, respectivamente, Estudos de Gênero, em especial os Estudos de Masculinidade, e a Teoria da Medicalização. Estas viabilizaram analisarmos e problematizarmos a questão dos processos de construção e de representações. Elas se correspondem à medida em que questionam a racionalidade científica dominante, vislumbrando os saberes cotidianos na construção de conhecimentos.

Primeiramente, os participantes da pesquisa responderam ao questionário sociodemográfico. Após preenchimento do questionário, realizamos a TALP e as entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas e transcritas de forma detalhada.

O método de análise das informações foi a análise de conteúdo, contemplando suas três diferentes fases. A primeira fase, a pré-análise, tem como objetivo a organização e o contato com o material, é momento em que são definidos os documentos e os protocolos a serem analisados (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). Nessa fase, as entrevistas foram transcritas e, posteriormente, realizamos uma leitura flutuante para selecionarmos algumas informações. Na etapa de exploração do material foi quando elaboramos as categorias, sendo elas “expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado” (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014, p.16)

Segundo Bardin (1997), a categorização é um processo de classificação de elementos, agrupando informações em virtude dos caracteres comuns desses elementos. Utilizamos o critério de categorização semântico, ou seja, categorias temáticas. Os resultados dessa pesquisa estão estruturados em três elementos: masculinidade/ser homem, saúde sexual e medicalização/desmedicalização. Por fim, no estágio do tratamento dos resultados obtidos é que se propõe as interferências e interpretações a “propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (BARDIN, 1997, p.101), articulando os resultados com os aparatos teóricos eleitos.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa está vinculada ao projeto Políticas de Reprodução no “Cibermundo: Investigações em Tecnologias Contraceptivas, (In) fertilidade e Representações Sociais de Masculinidades/Feminilidades” (CAAE:20532119.4.0000.5346), mas o projeto de pesquisa de mestrado também foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Após a aprovação do projeto (CAAE:20532119.4.0000.5346), iniciamos a pesquisa recrutando os participantes. A pesquisa foi apresentada aos profissionais de saúde e após o convite e o aceite em participar da pesquisa, foi explicado o TCLE. A pesquisadora esteve disponível para o esclarecimento de dúvidas durante todo o período da pesquisa.

Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, à TALP e participaram da entrevista semiestruturada, com todas as etapas na modalidade on-line. Os nomes dos profissionais de saúde participantes da pesquisa foram preservados e optou-se pela utilização de pseudônimos escolhidos aleatoriamente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo é destinado à apresentação dos resultados alcançados ao longo desta pesquisa, concomitantemente, com sua análise e discussão. Cada tópico abordado inicia com uma epígrafe extraída das falas dos participantes, com propósito ilustrativo. Os resultados foram construídos para atender aos objetivos propostos e às questões de pesquisa estabelecidas, ambos fundamentados em bases teóricas pautadas no conhecimento científico. Os resultados foram ordenados em categorias semânticas, classificadas em elementos de acordo com suas características.

Por conseguinte, os resultados e discussões estão ordenados em três elementos principais, o primeiro a respeito da masculinidade/ser homem, seguido da saúde sexual e, por fim, processos de medicalização/desmedicalização. O primeiro elemento está organizado em três subelementos: pensamento científico e pensamento cotidiano; ser homem e masculinidade e (des)construção. O segundo elemento composto pelos subelementos: sexo e tabu e obstáculos à saúde sexual. Por fim, o terceiro elemento está estruturado em: efeitos colaterais; automedicação/prescrição e medicalização/desmedicalização.

Com intuito de contemplar os objetivos da pesquisa, ao final deste capítulo, reunimos os resultados e discussões de cada tópico desenvolvido. Conforme foi dito na introdução, o objetivo geral foi analisar de que forma os discursos de profissionais de saúde sobre as masculinidades e impotência sexual se imprimem nas práticas de medicalização da sexualidade. Os objetivos específicos foram mapear as representações sociais sobre masculinidades no discurso dos profissionais da saúde; salientar quais fatores biopsicossociais e ambientais impactam a impotência sexual/disfunção erétil e como são percebidos pelos profissionais de saúde; identificar as práticas assistenciais em consonância com as políticas públicas para os homens.

4.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MASCULINIDADE: O QUE É SER HOMEM?

“Masculinidade, seria saber ser homem, seria não abusar do ser homem” (Sirena)

Esta seção consiste no primeiro elemento, no qual buscamos compreender qual os entendimentos dos profissionais de saúde sobre masculinidade e sobre ser homem, a fim de atingirmos o objetivo mais amplo. Os resultados das falas dos entrevistados e as informações

referentes a este primeiro elemento e seus subelementos estão organizados no Quadro 3 (Apêndice 4).

Nesse sentido, as perguntas “O que é ser homem?” e “o que é masculinidade?” compõem o roteiro das entrevistas semiestruturadas dessa pesquisa. Ainda que os participantes tentem responder de forma consciente, são questões que nos perpassam cotidianamente, mas só percebemos quando ocorrem “falhas”, ou seja, quando a masculinidade se encontra em evidência por causa de sua ausência percebida (REESER, 2010).

Ao refletirmos a respeito do “ser homem”, percebemos que a masculinidade está relacionada com as relações sociais e, também, a corpos. As masculinidades corporificadas (corpos masculinos) são identificadas “(em partes) como certas tensões musculares, posturas, habilidades físicas, formas de nos movimentar, e assim por diante” (CONNELL, 1995, p.189). Por isso, dentre os desafios do “ser homem” está provar a virilidade, pois “a posse de um cromossomo Y ou de órgãos sexuais masculinos não basta para definir o macho humano” (BADINTER, 1993, p.3). Nas palavras de Simone de Beauvoir (1949, p.11) “ninguém nasce mulher torna-se mulher”, neste sentido, talvez possamos dizer que “todo homem nasce homem e, também, prova-se homem”.

Portanto, os profissionais de saúde, embora detentores de um pensamento científico, também são interpelados pelo pensamento cotidiano. Logo, não podemos dissociar esses pensamentos e, por isso, concebemos como um desenvolvimento contínuo do pensamento científico para o cotidiano e vice-versa (MARKOVÁ, 2017). Nas entrevistas, isso se revela, por exemplo, quando o psiquiatra Príapo diz “(...) e aqui eu falo isso assim como homem, como amigo, como pai, como filho e como psiquiatra também”.

Os entrevistados atribuíram características e comportamentos específicos sobre “ser homem” como: ser responsável (Anteros, Pothos), corajoso (Anteros, Príapo), respeitador (Anteros, Himeros, Sirena), ter caráter (Anteros), ter afeto (Príapo), ser protetor (Príapo; Himeros), ter determinação/foco (Príapo), ter racionalidade (Príapo), ser protagonista (Himeros), mantenedor/provedor (Himeros, Hermes), ter característica física/ser forte (Iris), ser patriarca (Hebe) e ser companheiro (Hebe), ter sexo biológico (Pothos), ter sexo masculino (Pothos; Hermes).

Os participantes reconheceram a “masculinidade” como “conjunto de ações, pensamentos, crenças, que vêm pra qualifica, pra identificar o homem” (Anteros), são “características atribuídas ao homem” (Himeros; Príapo), sendo também “uma forma de expressão de gênero” (Eros). O gênero contempla as diferenças sexuais dos corpos humanos contidas na prática social e tornadas parte do processo histórico (CONNELL, 1995), pois

“somos produto do meio, uma construção social, sendo assim, a sociedade acaba influenciando. Então, não tem como isolar, nem a masculinidade e nem isolar a sociedade, tudo tá ali conectado” (Pothos).

Dessa forma,

não se pode conceituar o social e o individual como duas entidades separadas. Em vez disso, o Eu e o(s) Outro(s) (ou o Ego-Alter) são mutuamente interdependentes em e pela interação. O Ego-Alter gera conjuntamente sua realidade social – objetos de conhecimento, crenças ou imagens (MARKOVÁ, 2017, p.370).

Na perspectiva da TRS, as relações são primordiais e concebem a relação triangular, Ego-Alter-Objeto, em sua dinâmica. Os grupos expandem e subdividem-se, ocorrendo variedade nas estruturas triangulares que coexistem, em cooperação ou em conflito umas com as outras (MARKOVÁ, 2017). Os elementos dessa tríade agem em conjunto e a tensão acarreta transformações, de modo a se relacionarem entre si, bem como com o contexto histórico e cultural do qual fazem parte. Portanto, o gênero como produto sócio-histórico, deve ser admitido de forma que pode ser moldado e re-moldado (CONNELL, 1995).

Em continuidade com os resultados e as discussões, iremos discorrer na próxima seção sobre a masculinidade e sobre as possibilidades de desconstrução e construção.

4.1.1 Ser homem é (des)construção

“ser homem hoje é uma descoberta” (Eros)

No decorrer desta pesquisa, observamos transformações sócio-históricas, como no final do século XVII, quando ocorre um “colapso de antigas representações” (LAQUEUR, 2001, p.197), e a oposição sexual ocupa um lugar no corpo e revela diferenças que nossos ancestrais não sentiam a necessidade de nomear (LAQUEUR, 2001). Não podemos rejeitar as mudanças, bem como, não podemos contemplá-las de maneira simplista e linear, uma vez que, precisamos respeitar os diversos tipos de pensar e comunicar, a diversidade de pensamentos e conhecimentos, a ancestralidade e a modernidade, o ritualismo e o científico (MARKOVÁ, 2017).

Nessa etapa dos resultados e discussões vamos refletir sobre a masculinidade e as possibilidades de desconstrução e construção “do ser homem”. Além das características atribuídas aos homens, os participantes também indicaram que as pessoas podem ter ideias diferentes, usando símbolos e gestos específicos, correspondentes a suas experiências sociais

(MARKOVÁ, 2017). A farmacêutica Hebe, que é casada há 25 anos, compartilhou suas experiências familiares, com o propósito de exemplificar as mudanças que ocorreram ao longo das décadas sobre ser homem, antes “era o alfa da casa. Ele que mandava”, agora “não tem aquela coisa de quem manda, né?! A gente decide os dois juntos”. Então,

antes a gente tinha todo um pensamento que o homem seria o papel de quem mandava na casa, de quem tinha todo o comando da casa. Hoje o homem, ele leva um papel junto com a mulher, tô dizendo aqui na minha casa, né?! A gente tem um papel que a gente trabalha junto (Hebe)

A psicóloga Afrodite também faz um contraponto entre ser homem e ser mulher nos dias atuais, em que as mulheres estão conquistando espaços, apesar das dificuldades, elas sabem o que podem se tornar e os homens estão perdidos, sem saber o que podem ser ou fazer. Eros, que também é profissional da psicologia, ressalta o fato das mulheres estarem ocupando posições diferentes e como isso faz com que os homens se sintam inferiorizados, de modo a interferir em suas vidas, sobretudo na relação sexual, a “dificuldade de ter relação sexual com suas companheiras que têm uma postura, uma posição ou que realmente ocupam, até mesmo, um lugar de responsabilidade financeira maior do que do homem e isso se torna uma questão de impotência” (Eros).

A partir dessas experiências relatadas pelos entrevistados, observamos algumas mudanças nas relações de gênero, nas representações - que podem ser expressas nas antinomias autoconfiança (mulheres)\insegurança (homens) - e nas práticas (sexuais, laborais e “domésticas”). Porém, tais mudanças são como os primeiros passos de uma longa e conturbada caminhada, visto que

As masculinidades estão constantemente mudando na história. Obviamente, não podemos vivenciá-las como tais; a ideologia popular frequentemente representa o gênero como aquilo que não muda: o estável e “natural” padrão que subsiste sob o fluxo geral. O padrão agora frequentemente chamado de “masculinidade tradicional”, e vinculado à “família tradicional”, é, na verdade uma forma de gênero historicamente recente, um produto claro do mundo moderno (CONNELL, 1995, p.191)

A fisioterapeuta pélvica Hera acredita que ser homem é um desafio, uma vez que frequentemente sofrem com uma imagem construída pela sociedade. A “masculinidade, hoje, é sinônimo de aspectos ruins relacionados aos homens, muitas vezes, quando a gente fala em masculinidade tóxica, por exemplo, a gente vê homens que encaram um papel que não é deles necessariamente” (Hera). Apesar das tentativas, uma minoria dos homens corresponde à

masculinidade hegemônica, ainda assim, ela é normativa (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013).

A masculinidade hegemônica também é referida em alguns contextos como engajamento dos homens a práticas tóxicas (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013; OPAS, 2019; CASADEI; KUDEKEN, 2020). A masculinidade tóxica é identificada como um problema de saúde pública, pois as condutas machistas provocam comportamentos de risco, dificuldade de expressar emoções, violência, ausência de autocuidado, o que acarreta mortes (OPAS, 2019; CASADEI; KUDEKEN, 2020).

Portanto, precisamos reconhecer as masculinidades como múltiplas, organizadas de forma hierárquica, a saber, masculinidade hegemônica e masculinidades subordinadas, de modo a enfatizar o potencial transformador “da resistência das mulheres ao patriarcado, e dos homens como portadores de masculinidades alternativas” (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013, p.263).

O psicólogo Eros coloca que, enquanto homem, acredita em um momento de transição, um processo de desconstrução e descoberta, “me reconhecer enquanto homem diante de todas essas mudanças, que a gente vem vivendo e todos esses atravessamentos de questões de gênero, de raça, política até” (Eros). Para Príapo, a masculinidade não é intrínseca ao homem, visto que é identificada como: ter força, ter coragem, ser viril, entre outras características que também podem ser vinculadas às mulheres. Outra visão sobre a masculinidade é de uma característica positiva do homem, algo que seduz (Afrodite).

Neste primeiro elemento, apresentamos que, embora os profissionais de saúde sejam detentores de um pensamento científico (universo reificado), também são interpelados pelo pensamento cotidiano (universo consensual), conhecimentos que não podem ser dissociados. As transformações que ocorrem na esfera social contribuem para o entendimento dos profissionais de saúde sobre ser homem e sobre masculinidade. Diante da importância da interação dos universos, reificado e consensual, buscamos no próximo elemento voltar nosso olhar para os aspectos relacionados às questões de gênero e à sua intercessão na saúde dos homens, particularmente à saúde sexual, o que fica evidente na forma como surgem as políticas públicas de saúde destinadas aos homens.

4.2 SAÚDE SEXUAL: SEXO E TABU

“é uma coisa muito comum de acontecer e as pessoas a tratam como um tabu” (Afrodite)

O segundo elemento diz respeito ao contexto sócio-histórico, valores e crenças que perpassam diferentes esferas da vida, incluindo as construções sobre sexualidade e, como isso, se manifesta na saúde sexual, ou na falta dela. Por meio das falas dos entrevistados (Quadro 4 - Apêndice 5), identificamos como os preceitos sociais e os estereótipos de masculinidade impactam negativamente no cuidado da saúde dos homens. Além disso, como subelementos apresentamos outros obstáculos que acometem a saúde sexual.

As Políticas Públicas de Saúde do Homem, têm como propósito chamar atenção dos profissionais de saúde para os homens como sujeitos de cuidado (BRASIL, 2018). No Brasil, as Políticas de Saúde surgiram de formas diferentes para homens e mulheres. Para as mulheres iniciou em 1930, com o Programa de Saúde Materno-infantil. Em 1983, grupos de feministas junto ao Ministério da Saúde implantaram o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Somente 25 anos mais tarde, implementaram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

A PNAISH foi instituída em 2008 com o objetivo de promover ações de saúde que contribuíssem significativamente para a compreensão da realidade singular dos homens nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos. Uma das 5 diretrizes da PNAISH diz respeito à Saúde Sexual e à Saúde Reprodutiva, que busca sensibilizar gestores e gestoras, profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, envolvendo-os nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los dessa temática (BRASIL, 2008).

Sendo assim, para que os homens fossem até os serviços de saúde “seria preciso usar a estratégia de não falar de doenças, mas sim prometer a manutenção ou melhoria da ereção ou, em poucas palavras, capturá-los pelo sexo” (RHODEN, 2012, p.2652). A Política de Saúde dos Homens desenvolveu suas estratégias com base na valorização da potência sexual masculina, mas será que essa estratégia funcionou? Os homens buscam os profissionais de saúde para obterem melhorias sexuais?

A sexualidade faz parte da essência humana e pode ser manifestada de diversas formas ou pode ser reprimida. De qualquer modo, a sexualidade permanece como um componente significativo de nossas vidas. Durante a Idade Média, o ato sexual fazia parte do matrimônio, o

débito conjugal não deveria ser negado e o não cumprimento deveria ser denunciado e condenado (DARMON, 1979; MAZIOLI, 2016).

No século XX, o movimento feminista e de libertação gay, combinado ao surgimento da pílula anticoncepcional, com a descoberta do HIV⁶ e do tratamento de infecções sexualmente transmissíveis culminaram para definir o século da libertação sexual (DANTAS, 2010). Diferentemente da Idade Média, nas décadas de 1960 e 1970, com desenvolvimento de novos métodos contraceptivos, desvinculou-se sexo de procriação.

Entretanto, “nem tudo que parece é”, aparentemente a liberdade sexual plena havia sido conquistada, deixando para trás os dogmas e os tabus. Contudo, fomos abalados pelo puritanismo e a expansão da moral sexual, nos fazendo repensar essa tal liberdade. Acontecimentos como os do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) e o do Ministério da Saúde (MS) ao lançar a campanha “Adolescência primeiro, gravidez depois – tudo tem o seu tempo”. Essa campanha gerou polêmica, pois, supostamente, recomendava a abstinência sexual dos adolescentes. Em relação a isso, a ministra e pastora evangélica Damares Alves declarou que o governo está construindo um Plano Nacional de Prevenção ao Sexo Precoce⁷ (MMFDH, 2020).

Nos Estados Unidos (EUA), campanhas pró-abstinência sexual também ocorreram, a fim de reduzir os casos de AIDS e de gravidez precoce (DANTAS, 2010). Essas campanhas foram implantadas pelo governo estadunidense com a participação de líderes evangélicos. Então, os atos sexuais proibidos pela Igreja, identificados como pecados da "carne" e classificados como transgressões, passam a ser apresentados como perigo, causando doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce (DANTAS, 2010).

Historicamente, as religiões implicam as áreas da vida social, incluindo a política, a economia, a estética e em diversos outros âmbitos da existência humana de modo preponderante na vida das pessoas, nas construções de si, dos outros e da realidade (ALVES; AMÂNCIO; ALFERES, 2008; JODELET, 2017). O processo de secularização, defendida por alguns teóricos, era a hipótese do abandono da religião e das organizações sociais construídas sobre bases tradicionais. Acreditava-se que, até o início do século XXI, as instituições religiosas teriam desaparecido. Mas, ao contrário do que se pensava, consta-se expansão e diversificação das religiões (JODELET, 2017).

⁶ HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da aids, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>

⁷ No dia 03 de fevereiro de 2020, durante a entrevista coletiva de lançamento da campanha “Adolescência primeiro, gravidez depois - tudo tem seu tempo”.

Em vista disso, é imprescindível associar as crenças aos estudos das representações sociais (ALVES; AMÂNCIO; ALFERES, 2008). A TRS emergiu em um período histórico de desvalorização das crenças e valorização do pensamento científico (ROCHA, 2014), em defesa da coexistência de saberes, na qual um não substitui o outro e ambos (universos consensual e reificado), mesmo diferentes, podem se comunicar (ROSO et al., 2011).

Destarte, reconhecemos que tanto a esfera política quanto a religiosa conduzem à formação de representações sociais, direcionam e organizam as atitudes e os comportamentos das pessoas e dos grupos sociais. Os entrevistados identificam que os pacientes têm medo e vergonha de falar sobre atividade sexual (Himeros), em razão dos valores morais, culturais e religiosos (Anteros)

sempre visto como pecado, sempre visto como algo do diabo né. Então, tu querendo ou não, tu vai sendo criado com esse tipo de pensamento e, muitas vezes, tu não se sente à vontade para falar disso. Então, vem um pouco disso, de valores socioculturais que acabam sendo implicados na questão sexual (Anteros)

O “assunto sexo é um tabu” (Priapo), o que prejudica as práticas dos profissionais de saúde, principalmente na identificação da real demanda do paciente. O homem, muitas vezes, “vai consultar por uma outra queixa qualquer, e aí que acaba falando que tá com problema pra ter relação” (Himeros), “por exemplo, o paciente pós-prostatectomizado, ele vem e diz que o mais importante pra ele é a incontinência urinária, e aí ao longo do tempo que a gente vai né, acompanhando o paciente aí surge essa queixa sexual” (Hera)

Além da força dos valores morais e religiosos, estereótipos de masculinidade também foram apontados pelos profissionais entrevistados como motivo dos pacientes não conseguirem confidenciar seus problemas sexuais. “Nessa cultura machista, que o homem não pode mostrar os sentimentos, né?! O homem tem que ser potente” (Priapo), como símbolos de virilidade da cultura, não pode falar de suas fraquezas e nem mostrar seus pontos fracos.

Normalmente, os pacientes buscam os profissionais de saúde com outras queixas, por exemplo, infecção urinária, câncer pélvico, principalmente pós-prostatectomia⁸, lesão na inervação, até que, em um dado momento, acabam revelando a real demanda. Hera lamenta a dificuldade que os homens têm em falar sobre sexualidade; “Infelizmente, acho que até por impacto, por essa questão da masculinidade, muitos têm dificuldade de chegar e de dizer”.

Priapo entende a sexualidade como aspecto da natureza humana que precisa ser abordada pelo profissional de saúde, sua estratégia é tratar do assunto como uma condição vital,

⁸ A prostatectomia é uma cirurgia onde retira-se a próstata e estruturas adjacentes, procedimento utilizado no tratamento de câncer de próstata (BRASIL, 2018).

por exemplo, “tá se alimentando bem e tal? Como é que tá o sono? E o sexo, como é que tá?”. De forma que o paciente perceba que pode se expressar em relação a sua sexualidade durante a consulta, facilitando que nas consultas subsequentes o próprio paciente queira falar (Príapo).

Neste contexto, observamos que os homens não recorrem aos profissionais de saúde pelos problemas sexuais, devido aos valores morais, culturais e religiosos, assim como, questões relacionadas à masculinidade e à virilidade podem impedi-los de falarem sobre sexualidade. Além disso, os entrevistados apontaram que os homens nem sempre revelam de início a real demanda de natureza sexual, buscando atendimento referentes a outras queixas. Portanto, considerando que a disfunção erétil pode ser um “sintoma sentinela” que alerta para diversas complicações de saúde (BRASIL, 2011; SOUZA et al., 2011; CARVALHO et al., 2017), na próxima seção discorreremos sobre fatores que podem acarretar a impotência sexual.

4.2.1 Obstáculos à saúde sexual

“tudo interfere na atividade sexual”
(Himeros)

Os resultados e as discussões deste trabalho foram elaborados a partir dos objetivos e das questões de pesquisa. Desse modo, uma das inquietações dessa pesquisa foi identificar quais os fatores biopsicossociais e ambientais prejudicam a saúde sexual dos homens. Este subelemento foi destinado aos fatores apontados pelos profissionais de saúde entrevistados, a saber: os agrotóxicos, o tabagismo, o envelhecimento, a obesidade, a falta de exercício físico e de uma alimentação saudável, bem como os aspectos psicológicos como depressão, ansiedade e o uso de medicamentos e anabolizantes.

No ano de 2008, o Brasil ultrapassou os EUA, ao dominar o mercado mundial de agrotóxicos (ABRASCO⁹, 2015). Não é novidade que o intenso uso de agrotóxicos é prejudicial em diversos aspectos: “econômico (modelo químico dependente e agroexportador), sociais (desemprego, pauperização rural, alteração de hábitos alimentares), culturais (desconsideração de conhecimentos tradicionais), assim como ambientais e de saúde” (SOUZA, 2017, p.44).

As substâncias químicas presentes nos agrotóxicos são absorvidas e acumuladas no organismo. Ainda que em pequena quantidade, essas substâncias se bioacumulam e podem provocar danos permanentes (BRASIL, 2015; SOUZA, 2017) como o surgimento de células

⁹ Associação Brasileira De Saúde Coletiva (ABRASCO).

cancerígenas (ABRASCO, 2015; DUTRA; SOUZA, 2017; TEJERINA, 2018; LARA et al., 2019; MORAES, 2019; SOUSA et al., 2020), doenças congênitas (LARA et al., 2019; MORAES, 2019; SOUSA et al., 2020), depressão (ABRASCO, 2015), desregulação hormonal (ABRASCO, 2015; DUTRA; SOUZA, 2017), problemas neurológicos (ABRASCO, 2015; LARA et al., 2019), lesões renais, hepáticas (DUTRA; SOUZA, 2017; LARA et al., 2019), distúrbios endócrinos (ABRASCO, 2015; DUTRA; SOUZA, 2017; LARA et al., 2019), entre outros.

Além das inúmeras externalidades negativas, já comprovadas e causadas pelos agrotóxicos à saúde sexual, também sofre interferências como: disfunções reprodutivas, infertilidade (ABRASCO, 2015; SILVERIO; PINHEIRO, 2019), desenvolvimento sexual anormal (SILVERIO; PINHEIRO, 2019), diminuição da libido (BRASIL, 2015) e disfunção erétil (BRASIL, 2015; SILVERIO; PINHEIRO, 2019). Os profissionais de saúde entrevistados indicaram o uso de agrotóxicos como um problema:

usos de agrotóxicos, transgênicos, acabam influenciando no nível de sexualidade, como acabam influenciando também no nível de saúde, doenças que já existem, pioram, e pensando na disfunção erétil, acaba também trazendo prejuízos significativos (Pothos)

Afrodite, que é psicóloga, comunicou que nunca tinha pensado no impacto dos agrotóxicos na saúde sexual, antes de participar da entrevista, mas acredita que possa interferir, ainda mais devido ao uso indiscriminado dessas substâncias, “na verdura pra fica bonitinha, pra colheita fica maior e ganhar mais dinheiro... e a gente come” (Afrodite). O prejuízo é tanto na saúde de quem consome, quanto na saúde de quem planta, por exemplo, na produção de fumicultoras (cultivo de fumo), uma prática que ocasiona intoxicação aguda e crônica em muitos trabalhadores (BRASIL, 2015; INCA, 2018), pois desde a preparação para o plantio até a colheita, são usados diversos agrotóxicos (INCA, 2018).

A visão de profissionais de saúde aponta para a existência de conhecimentos técnicos acerca da relação entre os fatores ambientais. Para a fisioterapeuta Hera, evidentemente, em razão das demasiadas substâncias químicas que compõem o cigarro de tabaco, seu consumo é desfavorável à função sexual e gera problemas no assoalho pélvico, acarretando a disfunção erétil. Além do consumo de tabaco, a obesidade também pode contribuir para o deterioramento do assoalho pélvico (Hera). Para Heros, urologista, e Hermes, farmacêutico, a obesidade combinada com a ausência da prática de exercícios físicos e da alimentação saudável são aspectos considerados prejudiciais à saúde sexual masculina.

Cientificamente é comprovado que o tabagismo e a obesidade são condições predisponentes para disfunção erétil, principalmente a disfunção erétil vasculogênica e a disfunção erétil endócrina. No entanto, o risco de impotência sexual pode ser amenizado com a adesão de atividade física, perda de peso e práticas de saúde mais saudáveis (CAÇÃO et al., 2020). Hermes salienta que a prática de atividade física promove a produção de serotonina e endorfina, neurotransmissores relacionados à sensação de bem-estar que auxiliam na redução de ansiedade, depressão e estresse, problemas que são impeditivos para uma atividade sexual satisfatória. “Uma pessoa que tá passando por uma situação de estresse, ou período de ansiedade um pouco maior vai influenciar na questão da disfunção erétil. Pessoas deprimidas, homens deprimidos, né, também pode apresentar perda da libido” (Anteros)

Os entrevistados destacaram o estresse relacionado ao trabalho como componente prejudicial, principalmente entre os 30 a 60 anos de idade (Príapo), afetando os relacionamentos, quando um “está disposto, mas o outro tá cansado, estressado, porque deu problema no trabalho né e, às vezes, acaba não... não conseguindo, digamos, relaxar no momento né, da relação. Então, o estresse interfere, certamente” (Iris). A farmacêutica Sirena, observou que homens jovens estão comprando mais medicamentos para impotência sexual e acredita que os problemas sejam de natureza psicológica “ainda mais agora nessa fase que a gente tá passando, até mesmo da COVID, uma situação bem complicada mesmo, por isso tem aumentado eu acho nessa faixa etária” (Sirena). Outra entrevistada enfatizou o estresse como um componente que colabora para disfunção erétil que pode acometer qualquer pessoa, ainda mais nesse período de pandemia de COVID-19 (Afrodite).

A ideia de que todo homem, de qualquer faixa etária, está suscetível à impotência sexual, fomenta o consumo de medicamentos, como uma solução rápida e eficaz (ROHDEN, 2012). Ainda assim, a idade continua sendo um indicativo relevante, pois “pode acontecer em várias idades né. Mas, normalmente, na idade mais avançada é mais propício” (Hebe), “fisiologicamente falando, quanto mais velho, quanto maior a idade, mais dificuldade a pessoa tem” (Hermes).

A andropausa ou distúrbio androgênico do envelhecimento masculino é o conjunto de sintomas decorrentes dos baixos níveis do hormônio masculino (testosterona), o que pode interferir na fertilidade, na libido, na ereção peniana, entre outros casos (BRASIL, 2018). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) revela que 1 em cada 4 homens com 65 anos reporta a disfunção erétil. Essa estatística favorece que os corpos dos homens envelhecidos permaneçam cada vez mais sob a jurisdição médica, afinal, o envelhecimento deixou de ser apenas uma

progressão natural do curso da vida e passou a ser um problema médico que necessita de tratamento medicamentoso (CONRAD, 2007).

O envelhecimento está associado a perdas físicas e mudanças corporais que geram consequências para a identidade do homem (VELOZ; NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 1999; CONRAD, 2007). As representações sociais de sexualidade no envelhecimento é um fator importante que pode influenciar comportamentos e pensamentos (BIASUS; DEMANTOVA; CAMARGO, 2011) como a medicalização do envelhecimento. Através da ótica da medicalização, “podemos ver um reflexo de crenças sociais negativas e medos do processo de envelhecimento nos homens” (CONRAD, 2007, p.25).

A construção cultural de masculinidade, representada mediante imagens, saberes, discursos e práticas, constrói uma ideia de corpo masculino como ele é ou como deveria ser (REESER, 2010). O capitalismo colabora para criação de imagens dos corpos masculinos, com uma estrutura física musculosa, o que estimula o consumo de equipamentos de ginástica e suplementos (REESER, 2010). A busca pelo corpo ideal e de se tornar um símbolo sexual faz com que os jovens recorram ao uso de esteroides anabolizantes, ignorando os riscos e os efeitos colaterais (CUNHA et al., 2017). Todavia, a incongruência está em seus efeitos colaterais que podem causar: diminuição da libido, atrofia do tecido testicular, câncer ou aumento da próstata, infertilidade e impotência sexual (CUNHA, 2004; SANZON; ALMEIDA; TORIANI, 2019), ou seja, complicações em outras características físicas, consideradas masculinas.

Hebe percebe que os homens jovens que compram medicamentos para ereção, “muitas vezes, são rapazes, que acho que pelo uso de anabolizantes ou relacionado a isso, a gente vê muita gente de academia comprando” (Hebe). Dessa forma, os eventos sucedem em cadeia, com o consumo indiscriminado de medicamentos para todas as esferas da vida: “toma remédio pra ter músculo, daí acaba né, que não tem mais a mesma performance sexual que eles gostariam, daí é remédio para ter performance sexual, que o anabolizando não deixa mais que tenha, daí fica sobrepondo uma coisa à outra” (Afrodite). Os entrevistados também identificaram outros medicamentos que podem impactar negativamente a relação sexual, como: antidepressivos (Hera; Anteros) e medicamentos para tratamento da acne (Iris).

A atividade sexual precisa ser contemplada em sua dinâmica e diversidade, estando conectada a fatores biopsicossociais e ambientais. Observamos disparidade entre os discursos dos profissionais de saúde diante dos fatores que impactam a saúde sexual dos homens. A psicóloga Afrodite, por exemplo, sequer havia pensado sobre a influência dos agrotóxicos, ao contrário de outros profissionais (médico, fisioterapeuta, farmacêutico/a) que não hesitaram falar sobre o assunto, cuja profissão está mais inclinada a observar os aspectos fisiológicos do

corpo humano. Desse modo, sinalizamos a importância da articulação de diferentes saberes na formação de profissionais de saúde, levando em conta que somos seres biopsicossociais.

Os estereótipos de masculinidade também são fatores cruciais a serem considerados. A tentativa de alcançar um estereótipo de masculinidade se torna incongruente, visto que os meios (anabolizantes, tabagismo, estresse no trabalho) se tornam impeditivos de ter e/ou manter uma ereção. A ideologia da medicalização se naturalizou em nossa sociedade; comumente a bula é ignorada, bem como os efeitos colaterais de curto e longo prazo (ROSO, 2019). Não devemos subestimar os efeitos adversos dos medicamentos que podem afetar a saúde, inclusive impedindo de ter uma relação sexual satisfatória. Dada a propagação do uso de medicamentos e seus efeitos na vida dos seres humanos, seguiremos no próximo item a discorrer sobre a medicalização e seus efeitos na sexualidade.

4.3 MEDICALIZAÇÃO: REMEDIAR O IRREMEDIÁVEL

“que a gente vive num mundo,
numa sociedade que quer resolver
tudo com uma pílula” (Afrodite)

Chegamos ao nosso terceiro e último elemento do nosso percurso de resultados. Este elemento está ordenado em três subelementos: efeitos colaterais, automedicação e prescrição e medicalização/desmedicalização (Quadro 5 - Apêndice 6).

A medicalização na contemporaneidade opera como promoção de saúde, vida saudável e estilo de vida (CONRAD, 1992), diferentemente da medicalização clássica (SAMPAIO; MEDRADO; MENEZES, 2020). No passado, principalmente nos séculos XIX e XX, profissionais médicos eram vistos de forma negativa, por razões de, por exemplo, realizarem procedimentos experimentais no corpo, sem evidências de sua segurança ou eficácia (ROSO, 2019).

O enfoque da medicina deixa de ser nas patologias, na cura das doenças, e se converte para questões relacionadas à saúde e ao normal, como forma de conquistar o controle dos processos vitais do corpo e da mente (SAMPAIO; MEDRADO; MENEZES, 2020). Portanto, a busca por otimização favorece o triunfo da medicalização, aumentando o desempenho das funções, como por exemplo, a reposição de testosterona nos homens, cujo foco não é curar o envelhecimento, mas garantir a “qualidade de vida”, durante este processo (SAMPAIO; MEDRADO; MENEZES, 2020).

A medicina moderna provocou transformações que conduziram o “surgimento e o desenvolvimento da chamada Medicina Sexual, capitaneada pelos urologistas e pela indústria farmacêutica, centrada na disfunção sexual masculina por excelência: a disfunção erétil” (RUSSO, 2013, p.179). Sendo assim, precisamos destacar o interesse das indústrias farmacêuticas em promover a medicalização, financiando novas tecnologias biomédicas (RUSSO, 2013; ROSO, 2019).

No tópico anterior contemplamos alguns aspectos sócio-históricos, bem como, apresentamos elementos psicossociais e ambientais que afetam a saúde sexual dos homens. A medicalização, um fragmento crucial em nossa pesquisa, surge como uma das causas da impotência sexual e, também, como uma tentativa de resguardar a potência sexual. Por isso, na seção a seguir, avançaremos na discussão sobre os efeitos adversos.

4.3.1 Efeitos colaterais: vide a bula

“São medicações que têm efeitos colaterais sim,
precisam ser bem orientadas e bem prescritas”
(Pothos)

No percurso dessa pesquisa, apontamos as indústrias farmacêuticas e a dominância do saber-poder médico como contribuintes da medicalização. Todavia, precisamos atentar também aos pacientes e a outros leigos, como possíveis colaboradores ativos no próprio processo da medicalização (CONRAD, 2007; GAUDENZI; ORTEGA, 2012; ROSO, 2019).

Príapo sempre questiona os pacientes sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, inclusive se ocorreu alguma alteração na relação sexual. Anteros considera primordial a participação do paciente na avaliação dos efeitos colaterais das medicações e, se necessário, diminuir a dosagem ou substituir o medicamento por algum que não comprometa a atividade sexual. O paciente é um ator ativo nesse processo, a “prescrição é ato que depende de amplo conjunto de fatores, podendo resultar em diferentes desfechos” (PEPE; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2008, p.1). Anteros destaca, ainda, que a escolha em relação a medicação é muito particular de cada paciente.

A substituição dos medicamentos, em alguns casos, é indispensável, “mas não é tão simples assim, se fosse né, tomar um remédio e ficar tudo bem era muito fácil, eu sempre ressalto a eles os problemas que podem vir do uso do medicamento” (Hera). A busca por soluções instantâneas para os problemas, de modo individual e tecnológico, é uma tendência das sociedades ocidentais (CONRAD, 2007; SABINO; CARDOSO, 2010). As causas dos problemas relacionados à performance sexual, seja psicogênica e/ou orgânica, não apresentam

relevância, visto que as pesquisas constataam a eficácia do medicamento independente da etiologia da disfunção (RUSSO, 2013). Logo, ainda que haja efetividade, é indispensável averiguar as contraindicações e os efeitos adversos causados pelos fármacos.

Por vezes, os sintomas indesejados dos medicamentos são motivo para os homens procurarem um profissional de saúde, se tornando “bastante comum o paciente usar medicação e sentir algum efeito adverso e aí vim consultar por causa do sintoma adverso, isso é bastante comum” (Himeros). Os vasodilatadores (Viagra®, Cialis®, entre outros) são os mais requisitados para disfunção erétil, seus efeitos colaterais mais comuns são: dores no peito, mal estar, tontura e cefaléia (Sirena).

Pothos, que é fisioterapeuta, também expôs sua experiência com pacientes que se queixaram dos efeitos adversos dos vasodilatadores, alguns desses pacientes com doenças crônicas, “se tu for olhar o histórico do paciente, ele é hipertenso, ele é diabético. Então, as chances de uma morte súbita, de um infarto, era grande, e você se assusta porque eles trazem como uma coisa muito normal. Dizem: Ah, deu só uma palpitaçãozinha no coração”.

Os pacientes e outros leigos tornam-se participantes da medicalização do próprio corpo (CONRAD, 2007; GAUDENZI; ORTEGA, 2012; ROSO, 2019). Contudo, não podemos negar que estamos à mercê das informações que nos são impostas. A mídia, como produto e produtores de práticas sociais, acaba sendo um instrumento fundamental para que as indústrias farmacêuticas atuem no gerenciamento dos corpos (SAMPAIO; MEDRADO; MENEZES, 2020). Logo, concebemos a mídia como um ambiente de circulação de representações sociais (GOETZ et al., 2008) e, “os meios de comunicação podem ser empregados tanto para criar e legitimar representações sociais” (GUARESCHI, 2010, p.78).

A Pfizer, empresa farmacêutica pioneira no tratamento da disfunção erétil, revolucionou a maneira como pensamos o sexo e a sexualidade, a partir de 1998, com a descoberta da “pílula azul”, o Viagra® (BRIGADEIRO; MAKSOUD, 2009; GIAMI, 2010; COUTO, 2011; RUSSO, 2013). No Brasil, o Viagra® foi impulsionado através dos meios de comunicação de massa, contribuindo para a elaboração de significados sociais em torno desse medicamento (BRIGADEIRO; MAKSOUD, 2009). Os efeitos colaterais e até mesmo casos de morte, causados pelo medicamento, também foram veiculados pela mídia, porém, o alerta aos riscos do uso do Viagra® aparecem juntos aos efeitos positivos, que “exibem o consumo do Viagra® como um risco compensatório” (BRIGADEIRO; MAKSOUD, 2009, p. 77), afinal, não seria bom morrer de tesão?

A patente do Viagra® foi derrubada em 2011, dez anos mais tarde e esse medicamento continua sendo o “mais famoso para a impotência” (Anteros), “um dos mais comuns”

(Himeros), até “tem muitos outros, mas acho que é o que popularizou mais, assim, que é o que eu lembro de nome” (Eros). O farmacêutico Hermes identifica que o “mais procurado é o Viagra®, as pessoas procuram às vezes o Viagra® pelo nome, até querendo a Tadalafila®, mas dão o nome do Viagra®”, “geralmente vem pedindo o azulzinho” (Iris), tornando-se assim, “o mais utilizado” (Pothos).

Na época do lançamento, a “pílula azul”, recebeu destaque na mídia nas diferentes seções, tanto nas áreas de saúde e de ciência, quanto na economia, no entretenimento e em outras variantes (BRIGADEIRO; MAKSOUD, 2009). Desse modo, indústrias farmacêuticas, utilizando o discurso científico, “incitam reflexões, prescrevem condutas, recomendam produtos; isto é, produzem modos de viver, ajudando o público a conduzir a si mesmo” (SAMPAIO; MEDRADO; MENEZES, 2020, p.5). A internet se constitui como um dos principais veículos de representações sociais da contemporaneidade, “hoje em dia a maioria, quando é mais jovem assim, já vêm com informação, olhou no computador, já sabe quais são as causas” (Himeros), no qual “o Dr *Google* mostra tudo né, e acredito que seja o grande influenciador” (Sirena).

O universo digital, além de ser uma fonte de informações, promove diversas formas de lazer, de trabalho, de se relacionar e se comunicar, reconfigurando nossas vidas. Desse modo, precisamos nos atentar à cibercultura, que não se limita ao uso das tecnologias digitais, que articula uma dinâmica cultural, produz e compartilha informações, crenças, valores e atitudes (MAZOTTI; CAMPOS, 2014). A internet propicia um certo movimento de ancoragem escalonada. Isto é, quando um objeto estranho moderno (no caso o Viagra®) entra no campo perceptivo do potencial usuário. Não se busca apenas ancorar em saberes vinculados às memórias coletivas históricas, tal como foi a AIDS em relação à sífilis da Idade Média, mas se ancora em muitos saberes, os quais são (re)produzidos no ciberespaço - o espaço da comunicação on-line, segundo Mazotti e Campos (2014), interferindo no processo de tornar familiar algo estranho. Em razão disso, ao desconsiderarmos as diferentes maneiras de interação que ocorrem no ciberespaço, estaríamos desconsiderando também a dinâmica e a pluralidade dos modos de organização de pensamento social.

Em um mundo mediado pelas tecnologias digitais (cibermundo), parece haver um “desestranhamento” a partir das muitas alternativas de saber que a internet nos coloca. Assim, um novo fenômeno social pode se tornar familiar mais rapidamente, convocando o que aqui vamos denominar “ciberancoragem”.

A popularidade do Viagra® recebeu respaldo científico, em troca de recursos para as pesquisas no setor biomédico (BRIGADEIRO; MAKSOUD, 2009; RUSSO, 2013), a

otimização do sexo concretizado e mensurado pela ciência. A disseminação do conhecimento científico referente aos tratamentos farmacológicos para a impotência sexual favorece o uso indiscriminado, orientações inapropriadas, em sua prescrição e comercialização, mas nada disso aconteceria se não houvesse a participação ativa do consumidor. No subelemento a seguir, vamos nos deter aos entendimentos dos profissionais entrevistados a respeito da automedicação e da prescrição de medicamentos.

4.3.1.1 Automedicação e prescrição

“a medicação é de fácil acesso,
não precisa nem de prescrição pra comprar,
pessoal acaba usando” (Himeros)

Como vimos anteriormente, a mídia favoreceu a visibilidade para o Viagra®, junto ao apoio das pesquisas científicas e médicos, a pílula valiosa também chamou a atenção de contrabandistas (BRIGADEIRO; MAKSOUND, 2009). Desde então, no Brasil, um dos medicamentos mais falsificados são os para disfunção erétil (AMES; SOUZA, 2012; HURTADO; LASMAR, 2014; FARIA, 2018). Em 2013, a empresa farmacêutica Pfizer iniciou a venda on-line dos medicamentos para disfunção erétil, com a justificativa de interromper o comércio irregular de inibidores da fosfodiesterase 5, (Sildenafil, Tadalafil, entre outros) (BRASIL, 2013). Contudo, o médico urologista do Hospital Universitário de Brasília, Fransber Rodrigues, acredita que essa intervenção não será resolutiva (BRASIL, 2013). Desse modo, parece que a manobra da Pfizer seria mais uma de suas estratégias de vendas, considerando a preocupação com a extinção da patente que protegia a sua comercialização exclusiva.

Embora a venda via internet tenha sido liberada, os homens continuam indo à farmácia, o que é frequente, até “várias vezes durante o dia” (Sirena), em busca de medicamentos para ereção. A venda indiscriminada provoca consequências negativas importantes, fazendo com que se torne “uma necessidade, que a pessoa acredita que só vai conseguir ter uma relação sexual utilizando esse medicamento” (Sirena). Nesse sentido, “mais de 50% não teria indicação” (Hermes), apesar dos riscos iminentes à saúde dos consumidores, ainda que, impressos nas bulas, não são suficientes para afastar os interessados no produto.

Sendo a indústria farmacêutica uma fonte hegemônica de informação sobre medicamentos, ante a inexistência de fontes alternativas independentes, pode-se inferir que o uso dos produtos farmacêuticos pode estar tendo uma orientação inadequada, seja na sua prescrição, seja na sua dispensação e comercialização,

extrapolando suas indicações técnicas para atender interesses que não propriamente terapêuticos (BARROS; JOANY, 2002, p.897)

Os profissionais de saúde acreditam que, mesmo sem causas orgânicas, o medicamento é um dos principais recursos para tratar a impotência sexual. Consideram que “a parte medicamentosa tem que ser associada sempre” (Sirena), a fim de “ajudá-lo um pouquinho a quebrar aquele ciclo” (Afrodite). Ainda que, “são coisas que a gente vê que é mais psicológico do que fisiológico, mas a gente acaba prescrevendo”, relata o urologista Himeros.

A psicóloga Afrodite entende que “são remédios relativamente seguros, que muita gente deve comprar sem prescrição”, ao mesmo tempo, acredita que “perdem o *timer* do negócio, porque usa uma vez gostou, usa outra... e aí quando vê nem faz mais efeito ou usa de uma forma perigosa, não com a posologia que se deveria” (Afrodite). Dessa forma, a ameaça maior se encontra no uso indevido dos medicamentos, “a gente vive num mundo, numa sociedade que quer resolver tudo com uma pílula” (Afrodite), a automedicação é uma prática comum que o próprio indivíduo favorece, em virtude de buscar soluções instantâneas, sem ponderar os prejuízos (SABINO; CARDOSO, 2010), perdendo a noção do perigo, “dizem: Dr., cheguei a tomar três, só numa vez, e não foi” (Pothos).

A farmacêutica Hebe percebe que “as pessoas chegam desesperadas muitas vezes, querem comprar”, mas não indica o uso de vasodilatadores e tenta evitar a venda sem prescrição, pois são medicamentos que apresentam muitos efeitos colaterais, “tem que ter um cuidado, a gente não pode simplesmente estar só pensando no lucro” (Hebe). A prescrição para esses tipos de medicamentos é quase inexistente, “acho que só um caso que eu peguei que veio com a receita, e aí a pessoa também não sabia exatamente pra o que era, não sei se o médico não explicou” (Iris).

A prescrição é indicada pelos entrevistados como forma de evitar a automedicação, “eu acredito que essas medicações de um modo geral deveriam ser prescritas” (Pothos), “não deveria ser assim tão aberta essa venda né, porque depois acaba virando uma necessidade, que a pessoa acredita que só vai conseguir ter uma relação sexual utilizando esse medicamento né” (Sirena). O fisioterapeuta Pothos pensa que outros profissionais de saúde, além do médico, poderiam realizar a prescrição dos medicamentos para impotência sexual,

qualquer um da área clínica, desde psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, qualquer um, mas que pelo menos tivesse ali um carimbinho, uma assinatura para pelo menos estar respaldado, porque eu acho que pelo menos alguém se responsabilizava por aquele indivíduo (Pothos)

A prescrição é um documento legal, sob responsabilidade de um profissional capacitado, que dispensa e administra os medicamentos (PEPE; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2008). Pothos ainda ressalta que “muitas vezes a gente sabe que a disfunção erétil ou outras disfunções sexuais, nem precisam da medicação, precisam mais de um acompanhamento não medicamentoso” (Pothos).

Portanto, compreendemos o processo de medicalização como dinâmico, admitindo atores distintos em cenários diversificados. Mediante as falas destacadas nesse subelemento, reconhecemos que os profissionais de saúde são a favor do controle da venda de medicamentos sob a prescrição de um profissional. No entanto, monopolizar a prescrição desses medicamentos potencializaria a medicalização da sexualidade, uma vez que, a ausência de ereção seria determinada como um problema de saúde. Perante a pluralidade de fatores que afetam a saúde sexual dos homens, precisamos refletir sobre alternativas multidisciplinares, por meio de encaminhamentos conforme a necessidade do paciente.

4.3.1.2 Medicaliza, desmedicaliza e vice-versa

“normalmente vai pro medicamento
sendo que poderia partir para outros,
outras alternativas menos prejudiciais” (Hermes)

A medicalização é um processo dinâmico, que engloba diversos elementos, como: biopoder, gênero e masculinização. Um fenômeno bidirecional, podendo acontecer a medicalização e a desmedicalização, forma “uma rede complexa que medicaliza e, ao mesmo tempo, desmedicaliza os corpos - um processo tensionado e fluido permeado por resistência e ação” (CONRAD, 2007, p.7).

O processo de desmedicalização compreende refletir sobre as tecnologias biomédicas e a perda da autonomia das pessoas sobre seus corpos, como construto da medicina moderna (CHAVES; NASCIMENTO, 2020). Se a medicalização é o processo de tornar problemas não médicos em questões médicas, passíveis de serem catalogados e de um tratamento medicamentoso, a desmedicalização acontece na medida em que o problema não é mais definido em termos médicos, e os tratamentos médicos não são apropriados (CONRAD, 2007).

No processo de medicalização a impotência sexual precisa ser reconhecida como um problema de saúde, suscetível a um diagnóstico e a uma prescrição médica (PEPE; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2008). A ausência dessa prescrição para o uso medicamentos destinados à impotência sexual favorece para que os indivíduos assumam a responsabilidade por seus

corpos. Dessa forma, “paradoxalmente, a medicalização da impotência masculina abre a porta para a desmedicalização da sexualidade, excluindo os médicos, e colocando o desenvolvimento de normas de saúde e de sexualidade sob o controle da indústria farmacêutica” (GIAMI; NASCIMENTO; RUSSO, 2009, p.653). A farmacologização¹⁰ “cria relações diretas da indústria com “consumidores” e a colonização da vida humana pelos produtos farmacêuticos” (CAMARGO, 2013, p.845).

Ainda que o processo de medicalização ocorra sincronicamente com a farmacologização, precisamos identificá-los como processos distintos. A farmacologização se distingue por não estar atrelada a um diagnóstico médico, e a utilização de medicamentos sem prescrição se tornou um fenômeno cada vez mais recorrente (CAMARGO, 2013). Dentre os fármacos produzidos para impotência sexual, o mais famoso, o Viagra®, transforma a expectativa dos homens em relação à sua performance sexual, favorável a melhorar a qualidade, o que resulta em uma droga recreativa e afrodisíaca, uma droga de conforto (GIAMI; NASCIMENTO; RUSSO, 2009; BRIGADEIRO; MAKSUD, 2009). Logo, a impotência sexual deixa de ser categorizada como diagnóstico de base físico anatômico e passa a ser um problema resolvido por tratamentos farmacológicos de simples utilização (GIAMI; NASCIMENTO; RUSSO, 2009).

A maioria dos homens “não tem uma questão de saúde clínica, não tem um diagnóstico que seja ali um direcionador do porquê que aquela impotência tá acontecendo” (Eros), cerca de “70% do que a gente atende, é pra impactar né, na hora da relação” (Iris). O medo de não obter o desempenho desejado, e o “próprio consumo de pornografia né, acho que é um aspecto muito recorrente e que contribui, muitas vezes, pra questão da disfunção” (Eros).

O uso de medicamentos de forma preventiva, recreativa e/ou para otimizar a performance sexual são identificados no discurso dos profissionais de saúde entrevistados. A ausência de intimidade com a(s) pessoa(s) que está(ão) se relacionando e o consumo de álcool são fatores que contribuem para uso de medicamentos de forma preventiva, pois “bebeu demais numa noite lá e aí foi transar com alguém ali que conheceu, ou seja, na pilha, e aí não funciona e depois no outro dia fica matutando aquilo e aí não consegue mais, passa a ter um problema psicológico em função disso” (Príapo), a “performance não vai ser aquela x, y, z com uma pessoa que eles não têm contato direito, que não tem um afeto mesmo, que pode sair falando, então eles tem que mostrar uma performance já de cara” (Afrodite).

¹⁰ O processo de farmacologização também é referido como farmaceuticalização.

A dificuldade de obter e/ou manter uma ereção devido à ingestão de álcool ou à falta de intimidade com os(as) parceiros(as) faz(em) com que os homens recorra(m) à medicação a fim de “facilitar, tem a questão cultural que precisa né, funciona. Então, muita gente não precisa, muitos usuários” (Hermes), ainda assim, o medicamento é prescrito “para dá segurança e facilita a gente acaba prescrevendo a medicação direto” (Himeros).

Na prática sexual, espera-se que os homens sejam viris, agressivos e potentes; uma performance diferente disso pode inibi-los, afetando a atividade sexual (BADINTER, 1993; GOMES; REBELLO; NASCIMENTO, 2010; BRASIL, 2010). O homem “quer impactar lá, fazer e acontecer” (Iris), não conseguir ter uma atividade sexual satisfatória “afeta a masculinidade da pessoa” (Hermes), “eles se sentem menos, pra eles isso é um problema, eles deprimem, eles né, se não tem ereção, se não tem mais uma vida sexual eles não valem mais nada, pra eles é muito comum” (Afrodite), “atinge a questão da masculinidade, o homem se sente menos homem com a presença de disfunção erétil, aí vários medos, abala autoestima” (Anteros), “tendo a disfunção erétil e não conseguem ter relação... uma busca por uma performance, né, como eles acreditam que, né, tem em mente que eles precisam performar uma certa maneira de ter essa relação e como isso afeta” (Eros).

Assim, a medicação deixa de ter o objetivo de tratar patologias e passa a ser utilizada para otimizar o desempenho sexual, atingir uma performance satisfatória (SAMPAIO; MEDRADO; MENEZES, 2020). O consumo do fármaco abrange diferentes nuances e, às vezes, os homens utilizam para “se gabar, mas não querem expor seu problema ali, dizem: preciso porque vou sair com duas mulheres, então tem que tá garantido. É o que acontece” (Hermes).

O uso recreativo se revela com o aproximar do final de semana, normalmente, “na sexta-feira é um dia certo que os meninos aparecem por lá”, na farmácia (Iris), ou como “já aconteceu várias vezes também, do rapaz, o outro vai casar e aí pedem um, porque vêm com dois, com quatro e com oito comprimidos, né... e aí, o pessoal pede bastante esse com dois pra fazer brincadeiras, alguma coisa assim, porque o amigo ia casar”, conta a farmacêutica Iris.

A medicalização e a desmedicalização são processos dinâmicos que se inter-relacionam e, em razão da “sua complexidade, sugerimos que a tese da medicalização não deve ser o principal centro de análise do corpo medicalizado, mas uma linha que se conecta a outros construtos, como farmacêutica, judicialização, biomedicalização e genética” (ROSO, 2019, p.193). Portanto, nessa trajetória identificamos, nas falas dos profissionais de saúde, os diferentes elementos que podem contribuir e influenciar para uma medicalização dos corpos dos homens, sobretudo a medicalização da sexualidade.

4.4 RECAPITULANDO

Para encerrar este capítulo, organizamos e articulamos os três elementos, reunindo os resultados e as discussões conforme os objetivos da pesquisa. Os objetivos específicos nos auxiliaram a atingir o objetivo geral, por isso iniciamos este tópico com o objetivo específico de mapear as representações sociais sobre masculinidades no discurso dos profissionais da saúde.

As representações sociais são polivalentes, incluindo saberes e conhecimentos que envolvem aspectos afetivos, simbólicos, culturais, etc. (HERNANDES; FREITAS, 2017). Os pressupostos sobre masculinidade são gendrados pela construção social, cultural e histórica do que se espera socialmente dos homens. No primeiro elemento, apresentamos a compreensão dos profissionais de saúde acerca da masculinidade, concebida por eles como um conjunto de ações, pensamentos, crenças e características que identificam um homem. Diante disso, recobramos que a masculinidade hegemônica é entendida como um padrão de práticas regulamentares (REESER, 2010; CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013) de como deve ser um homem. E por “ser homem” os entrevistados salientaram algumas representações “positivas” acerca dos homens, como por exemplo, ser responsável, corajoso, protetor, determinado, racional, protagonista, patriarca, forte, dentre outras atribuições.

As representações sociais, assim como o gênero, são produtos sócio-históricos, suscetíveis a transformações. O Ego e o Alter se relacionam de forma interdependente, em que eles se transformam um ao outro e, dessa relação, geram novos padrões de conhecimento, crenças e imagens (MARKOVÁ, 2017). Os entrevistados destacaram as mudanças nas relações de gênero, estimulada pelas conquistas das mulheres em diferentes espaços, fazendo com que os homens se sintam “perdidos” e “inferiorizados”, impactando negativamente na relação sexual.

As mudanças também foram exemplificadas por meio de experiências pessoais, enquanto homem ou na relação com homens (parceiro, pai, sogro...). Os profissionais de saúde, ainda que possuam um pensamento científico, são interpelados pelo pensamento cotidiano. Dessa forma, as transformações sociais agem no entendimento dos profissionais de saúde sobre ser homem e masculinidade.

Sendo assim, as representações sociais

oferecem uma fecunda abertura para o entendimento de como se dá a compreensão/construção do mundo pelos sujeitos, partindo da indissociabilidade sujeito/objeto, passado/futuro, real/ideal, que é também a indissociabilidade

pensamento/ação. Assim, práticas e representações se encontram absolutamente associadas (ARRUDA, 2000, p.126).

Ao atender a indissociabilidade de passado-futuro, não podemos deixar de pensar nas crenças, valores morais e religiosos que estão implicados na sexualidade. Os resultados indicam que os pacientes evitam falar sobre atividade sexual por medo e vergonha e tratam como algo pecaminoso. Os participantes da pesquisa destacam que falar sobre sexo ainda é um tabu e como isso dificulta definir qual a real demanda do paciente, pois este busca os profissionais de saúde por outras queixas, para evitar revelar o problema em relação a atividade sexual.

Os resultados classificados no segundo elemento contemplam outro objetivo específico, que visa salientar quais fatores biopsicossociais e ambientais impactam a impotência sexual/disfunção erétil e como são percebidos pelos profissionais de saúde. Os participantes consideraram a ingestão de agrotóxicos, de tabagismo, de obesidade, de estresse, de envelhecimento, de uso de anabolizantes e medicamentos para depressão e de tratamento para acne como prejudiciais à saúde sexual. A atividade sexual precisa ser contemplada em sua dinâmica e diversidade, visto que se conecta a fatores biopsicossociais e ambientais. Por isso, é imprescindível que o profissional da psicologia não fique limitado à subjetividade, mas que também possa contemplar outros fatores biopsicossociais e ambientais. Do mesmo modo, outras áreas da saúde, mais propensas aos aspectos fisiológicos (medicina, farmácia, fisioterapia), precisam compreender os demais fatores que estão atrelados ao social e à subjetividade do sujeito.

O capitalismo reforça estereótipos de masculinidade, construídos por imagens, ações e discursos acerca do corpo masculino, como uma estrutura física musculosa, que é conquistada a partir de suplementos e aparelhos de ginástica (REESER, 2010). Os esteroides anabolizantes surgem como recurso para alcançar o corpo desejado, porém, inconsistente, uma vez que seus efeitos colaterais podem causar diminuição da libido e impotência sexual (CUNHA, 2004; SANZON; ALMEIDA; TORIANI, 2019), surgem efeitos que prejudicam outras características físicas consideradas masculinas.

Os efeitos colaterais dos medicamentos podem ser impeditivos para uma relação sexual satisfatória e fazem com que os homens recorram a outros fármacos. Dada a propagação do uso de medicamentos e seus efeitos na vida dos seres humanos, o terceiro e último elemento concerne ao processo de medicalização e desmedicalização. Os profissionais de saúde revelam a participação dos pacientes na avaliação dos efeitos colaterais, os riscos e os benefícios que os medicamentos podem causar. Os efeitos adversos, principalmente dos vasodilatadores, foram apontados como motivo para homens recorrerem a um profissional de saúde.

A automedicação é uma prática comum, em que se busca por soluções instantâneas, sem ponderar os prejuízos (SABINO; CARDOSO, 2010). A prescrição é referida pelos entrevistados como forma de controlar a venda desses medicamentos, potencializando a medicalização da sexualidade, pois a ausência de ereção seria definida como um problema de saúde.

No processo de medicalização, a impotência sexual precisa ser reconhecida como um problema de saúde, suscetível a um diagnóstico e a uma prescrição médica (PEPE; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2008). Já o processo de farmacologização independe de um diagnóstico, a prescrição é dispensável (CAMARGO, 2013). Segundo Conrad (2007), o processo de medicalização é tornar um problema não médico em questões médicas, o que resulta em um tratamento medicamentoso. Paradoxalmente, o processo de farmacologização torna-se parte do processo de desmedicalização, visto que desconsidera qualquer diagnóstico e/ou prescrição.

Os medicamentos para tratamento da disfunção erétil passam a ser utilizados com intuito de otimizar a relação sexual pela apreensão de não atingir a performance esperada; nos casos de falta de intimidade com a(s) parceiro(s)/a(s) e de ingestão de álcool, o medicamento é usado de forma preventiva. Os fármacos tornam-se uma droga recreativa; um afrodisíaco; droga de conforto (GIAMI; NASCIMENTO; RUSSO, 2009; BRIGADEIRO; MAKSUD, 2009), sem a necessidade de um diagnóstico.

Por fim, percorremos os três elementos articulando-os com os objetivos específicos da pesquisa, com propósito de atingir o objetivo mais amplo, analisar de que forma os discursos de profissionais de saúde sobre as masculinidades e impotência sexual se imprimem nas práticas de medicalização da sexualidade.

Os profissionais de saúde entendem que a performance sexual é um aspecto extremamente importante para os homens e, quando a atividade sexual não ocorre de maneira satisfatória, se sentem “menos homem”, dessa forma, “afetando sua masculinidade”. A masculinidade encontra-se em evidência por causa de sua ausência percebida (REESER, 2010). Nessa perspectiva, acreditam que o medicamento precisa estar sempre associado ao tratamento da disfunção erétil, independentemente das causas, seja psicogênica, orgânica e/ou social, e à prescrição como um “facilitador”, ou seja, uma forma de deixar o homem mais seguro e quebrar o ciclo da impotência sexual.

CONCLUSÃO

Esta dissertação de mestrado objetivou analisar de que forma os discursos de profissionais de saúde sobre as masculinidades e impotência sexual se imprimem nas práticas de medicalização da sexualidade. Com propósito de auxiliar na sintetização dos resultados produzidos, o objetivo geral foi dividido em objetivos específicos, o primeiro de mapear as representações sociais sobre masculinidades no discurso dos profissionais da saúde e, o segundo, salientar quais fatores biopsicossociais e ambientais impactam a impotência sexual/disfunção erétil e como são percebidos pelos profissionais de saúde.

O primeiro objetivo específico revelou que os entrevistados estabeleceram a masculinidade como conjunto de ações, pensamentos, crenças e características inatas ao homem e o “ser homem”, definindo-o como responsável, corajoso, protetor, determinado, racional, protagonista, patriarca, forte, etc. As transformações nas relações de gênero foram apontadas como causa de instabilidade e insegurança nos homens, em razão das mulheres ocuparem espaços que não ocupavam em outras épocas. Essas transformações, referentes às relações de gênero, foram exemplificadas pelos profissionais, mediante suas experiências pessoais, que evidenciaram a inerência entre o pensamento científico (universo consensual) e pensamento cotidiano (universo reificado).

As alterações nas relações de gênero não podem ser dissociadas do passado e do futuro, visto que precisamos atender o valor das crenças e dos preceitos culturalmente construídos no intercâmbio comunicacional cotidiano que constitui e é constituído na cultura que implica, ainda hoje, nas relações interpessoais e na sexualidade. Como indicado nos resultados, falar sobre sexo e sexualidade permanece como um tabu, em virtude dos valores morais, culturais e religiosos. Os pacientes sentem vergonha e medo, o que prejudica os profissionais na identificação da verdadeira demanda do paciente.

Outro objetivo específico revelou que os fatores biopsicossociais e ambientais intercorrentes da impotência sexual/disfunção erétil, identificados pelos participantes são: ingestão de agrotóxicos, tabagismo, obesidade, estresse, envelhecimento, uso de anabolizantes, medicamentos para depressão e tratamento para acne. Sendo assim, os medicamentos fazem parte da causa e, igualmente, da solução para a impotência sexual masculina. A difusão dos medicamentos e seus impactos na vida dos seres humanos nos dirigem aos resultados referentes aos processos de medicalização.

Os profissionais de saúde apontaram os riscos do uso indiscriminado dos medicamentos, da automedicação e os efeitos colaterais dos fármacos para disfunção erétil. A

prescrição é sinalizada como prática regulamentadora da venda desses medicamentos, assumindo o controle da automedicação. Dessa forma, a prescrição potencializa o processo de medicalização, uma vez que a disfunção erétil seria identificada como problema de saúde, suscetível a um tratamento médico.

Os participantes consideram que a maioria dos homens que compram medicamentos para disfunção erétil não tem indicação médica, principalmente quando são jovens. Recorrem ao fármaco com intuito de otimizar a relação sexual, ao desejar uma performance que acreditam que seja satisfatória. A popularidade do Viagra® tornou a pílula uma droga recreativa/afrodisíaca, promovendo o processo de farmacologização, o que resultou na desmedicalização, visto que desconsidera qualquer diagnóstico e/ou prescrição.

Os objetivos específicos forneceram subsídios para contemplarmos o objetivo mais amplo da pesquisa. Os profissionais de saúde compreendem que, para os homens, não conseguir atingir uma atividade sexual satisfatória acarreta sofrimento, fazendo com que se sintam “menos homem”, conseqüentemente, “afetando sua masculinidade”. Acrescentam que o tratamento medicamentoso precisa ser indicado, independente das causas da impotência sexual, já que funcionaria como “facilitador”, ou seja, uma maneira de romper com o ciclo da impotência sexual.

Diante dos objetivos expostos, acreditamos ter alcançado os resultados que nos propusemos. Contudo, algumas limitações se impuseram durante nossa trajetória, uma delas foi não ter atingido um dos objetivos específicos de identificar as práticas assistenciais em consonância com as políticas públicas para os homens, pois esperávamos que surgissem de maneira espontânea nos discursos dos profissionais de saúde, porém não aconteceu. Outro obstáculo foi a pandemia da COVID-19, que impossibilitou o contato presencial com os participantes, assim como o convite e as intervenções (questionário sociodemográfico, TALP e entrevistas semiestruturadas), que precisaram ser realizadas de forma on-line.

A pandemia da COVID-19 dificultou a concepção da amostragem da pesquisa, uma vez que os participantes são da área da saúde e, em razão da elevada demanda originada pela pandemia, estavam sobrecarregados. Tivemos dificuldade em encontrar profissionais de saúde que atendessem homens dispostos a participar da pesquisa, alguns profissionais ignoraram o convite, outros não compareceram à entrevista agendada. Percebemos essa reação como um reflexo do descaso com as pesquisas científicas, em particular com as pesquisas que abordam aspectos subjetivos e sociais, reflexo do governo atual (2019-2021), que enfraquece a educação por meio de ataques e cortes de verbas.

O referido governo se mostrou conservador e propagador de um discurso pró-abstinência sexual, equivocadamente acusou o programa de saúde sexual nas escolas de estimular crianças e adolescentes ao ato sexual. A escola precisa ser reconhecida para além de um agente de ensino e ser admitida como instituição de caráter social responsável pela formação de sujeitos. São as escolas que irão contribuir para a educação dos futuros profissionais da saúde, portanto, discursos conservadores e repressivos se desencontram com as necessidades de cuidado em saúde. Assim, a educação sexual nas escolas deve promover esclarecimento não apenas sobre infecções sexualmente transmissíveis, preservativos e outros contraceptivos, mas promover debates reflexivos sobre desejo, prazer\desprazer, masculinidades\feminilidades e autoconhecimento, sempre respeitando a faixa-etária e os princípios dos envolvidos no contexto escolar.

A educação sexual é indispensável para prevenir doenças, gravidez precoce e identificar violações. A sexualidade faz parte da experiência humana e está presente nos mais diversos contextos, todavia é um assunto velado, envolto por dogmas e tabus que interferem de forma prejudicial nas relações sexuais. Ademais, a atividade sexual ainda é muito atrelada à penetração, desconsiderando que toda estrutura do corpo humano é uma zona erógena, já que a pele é o maior órgão do corpo e está repleta de terminações nervosas.

Para futuras pesquisas, sugerimos: (a) aprofundamentos entre os processos de medicalização e farmacologização do corpo do homem, associados aos padrões de consumo, levando em conta o contexto político brasileiro atual; (b) desenvolvimento de estudos etnográficos em farmácias, *sex shop* e mídias sociais, impulsionando a expansão dos campos de observação; e (c) inclusão de populações específicas, tais como negros(as), homens e mulheres transexuais, pessoas bissexuais, profissionais do sexo, entre outros, possibilitando aprofundamentos das interseccionalidades nos estudos relacionados à saúde sexual.

Reforçamos que a formação de profissionais de saúde precisa englobar diferentes saberes, facilitando trocas fidedignas entre os profissionais e encaminhamentos que levem em conta e valorizem os saberes dos homens, as representações sociais acerca das masculinidades e a ideologia da medicalização. Pensamos que a articulação entre a TRS com os Estudos de Masculinidade e a Teoria da Medicalização pode qualificar o processo formativo dos profissionais da área da saúde, humanas e sociais.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, G. A. **Homens não choram**. Disponível em: <<https://clubedaleiturarj.blogspot.com/2016/06/homens-nao-choram.html>>. 2016. Acesso em: 13 de fev. 2021.
- ALVES, M. P.; AMÂNCIO, L.; ALFERES, V. R. Gênero e representações sociais: duplo-padrão sexual em função da religião e da posição política. **Psicologia**, Lisboa, v.22, n.2, p. 139-160, jul. 2008.
- ALVES, M. A. S.; QUEIROZ, T. M. de; MEDEIROS, I. A. de. Fisiologia peniana e disfunção erétil: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 439-444, 2012.
- AMES, J.; SOUZA, D. Z. Falsificação de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.1, p. 154-159, mar./ago. 2012.
- ARRUDA, A. Mudança e representação social. **Temas em Psicologia**, v.8, n.3, p. 241-247, ago. 2000.
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.
- ARRUDA, A. As representações sociais: desafios de pesquisa. In: SOUSA, C. P. et al. Curitiba: Champagnat, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2014.
- BADINTER, E. XY: Sobre a identidade masculina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1993.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edição 70, 1997.
- BARREIRA, J. B. et al. Disfunção erétil após prostatectomia radical. **Revista Gazeta Médica**, v. 6, n. 4, p. 241-250, 2019.
- BARROS, J. A. C. de; JOANY, S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 891-898, mai./out. 2002.
- BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. BAUER, M.; GASKELL, G. (org.). Petrópolis: Vozes, 2002.
- BEAUVOIR, S. **Segundo Sexo**. 3ª edição, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.
- BIASUS, F.; DEMANTOVA, A.; CAMARGO, C. B. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 319-336, mar./jul. 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Cartilha: “O que devemos saber sobre medicamentos”**. Brasília, 2010.

_____. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Exposição no trabalho e no ambiente.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/exposicao-no-trabalho-e-no-ambiente/agrotoxicos>>. 2019. Acesso em: 05 de fev. 2020.

_____. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Posicionamento do instituto nacional de câncer José Alencar Gomes da Silva acerca dos agrotóxicos. Anais da Academia Pernambucana de Ciência Agrônômica, v. 11/12, p.31-34, 2015.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. Cartilha **“Quanto Custa o Machismo?”**. 2013. Disponível em: <<http://www.justicadesaia.com.br/cartilha-quanto-custa-o-machismo/>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** O cuidado com a pessoa tabagista. 2015.

_____. Lei Nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.

_____. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 4º Ed. Re. e atual. Rio de Janeiro, 2011.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado.** Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento passa a utilizar nomenclatura "IST" no lugar de "DST"**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/ptbr/noticias/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst>. Acesso em: 08 de fev. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Diabete Mellitus.** Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (Princípios e Diretrizes). 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf> Acesso em: 15 de jan. 2020.

_____. Ministério dos Direitos Humanos. **Campanha visa reduzir altos índices de gravidez precoce no Brasil.** Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2020-2/fevereiro/campanha-visa-reduzir-altos-indices-de-gravidez-precoce-no-brasil>>. Acesso em: 04 de fev. 2020.

BRIGADEIRO, M.; MAKSOUD, I. Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 71-88, jan./abr. 2009.

BRUM, E. **Acordei doente mental**. 2013. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/colunas-e-blogs/eliane-brum/noticia/2013/07/acordei-doente-mental.html>>. Acesso em: 20 de jan. 2020.

CAÇÃO, D. S. et al. Relação da disfunção erétil com o processo do envelhecimento. In: BENEDITO, R. S. N. (org.). *Comunicação Científica e Técnica em Medicina*. 1ª Edição, Ponta Grossa: Atena, p. 170-186, 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Agência Câmara de Notícias. **Para especialistas, não existe uso seguro para agrotóxicos**. Disponível: <<https://www.camara.leg.br/noticias/523806-para-especialistas-nao-existe-uso-seguro-para-agrotoxicos/>>. Acesso em: 05 de fev. 2020.

CAMARGO, K. R. de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p.844-846, mai, 2013.

CAMPOS, A. A. As Bruxas retornam... Cacem as Bruxas! (Um argumento para o controle histórico da sexualidade feminina). **Revista Espaço Acadêmico**, v.9, n. 104, p. 64-72, jan. 2010.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

CASADEI, E. B.; KUDEKEN, V. S. F. Masculinidade tóxica no discurso da saúde pública: estratégias de convocação dos homens em campanhas do SUS. **Revista Eletrônica de Comunicação**, Rio de Janeiro, p. 912-925, out./dez. 2020.

CARVALHO, et al. Dança, Insuficiência Cardíaca e Função Erétil: Perspectiva de Melhor Manejo Clínico? **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v.30, n. 6, p. 542-544, 2017.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CHAVES, F. S.; NASCIMENTO, C. L. do. Psicopatologia e desmedicalização da existência: possibilidades fenomenológicas para a compreensão da saúde na contemporaneidade. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 24, n. 2, p. 104-128, jun./dez. 2020.

CONNELL, Robert W. Políticas da Masculinidade. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p. 187-206, jul./dez. 1995.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, mai. 2013.

CONRAD, P. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, v. 18, p. 209-232, 1992.

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

COUTO, H. C. Tudo azul com o sexual? Viagra e sexualidade. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 33, n. 61, p. 83-90, Jun. 2011.

CUNHA, T. S. et al. Esteróides anabólicos androgênicos e sua relação com a prática desportiva. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 40, n. 2, abr./jun. 2004.

CUNHA, T. S. et al. Uso progressivo de anabolizantes: abordando efeitos desejados e malefícios causados a jovens e atletas. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 2, p. 249-259, 2017.

DANTAS, B. S. A. Sexualidade, cristianismo e poder. **Estudo e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 700-728, 2010.

DARMON, P. O tribunal da impotência. Paris: Editora Du Seuil, 1979.

DOMINGOS, G, M; I. G. S. BRITTO. Disfunção sexual masculina: algumas complicações. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 23, n. 4, p. 579-586, out./dez. 2013.

DSM-V. Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2014.

DUTRA, R. M. S.; SOUZA, M. M. O. de. Impactos negativos do uso de agrotóxicos à saúde humana. **Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v.13, n.24, p. 127-140, jan. 2017.

ECCEL, C. S.; SARAIVA, L. A. S.; CARRIERI, A. P. Masculinidade, autoimagem e preconceito em representações sociais de homossexuais. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 9, n. 1, p. 1-15, jan./mar. 2015.

FANTAZZIA. **Testoviril Suplemento Mineral para Disposição Sexual Masculina**. Disponível em: <<https://fantazziasexshop.com.br/produtos/testoviril/>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FARIA, E. G. **Pirataria e falsificação de medicamentos**. 2018. Disponível em: <[pirataria_medicamentos_geraldo_eduardo_faria.pdf](#) (sissaude.com.br)>. Acesso em: 15 jul. 2021.

FÉLIX, L. B. et al. O conceito de Sistemas de Representações Sociais na produção nacional e internacional: uma pesquisa bibliográfica. **Psicologia e Saber Social**, v.5, n. 2, p. 198-217, 2016.

FERREIRA, M.; AMARAL, R. A pipa do vovô. 1987.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: manual prático**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002, cap. 3, p. 64-89.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, v.16, n.40, p.21-34, jan./mar. 2012.

GIAMI, A. Permanência das Representações do Gênero em Sexologia: as Inovações Científica e Médica Comprometidas pelos Estereótipos de Gênero. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p. 301-320, 2007.

GIAMI, A. Da impotência à disfunção erétil. Destinos da medicalização da sexualidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 637-658, 2009.

GIAMI, A. La spécialisation informelle des médecins généralistes: l'abord de la sexualité. Dans : Géraldine Bloy éd., *Singuliers généralistes: Sociologie de la médecine générale*, p. 147-168. Rennes, France: Presses de l'EHESP.

GIAMI, A.; NASCIMENTO, K. C. do; RUSSO, J. Da impotência à disfunção erétil. Destinos da medicalização da sexualidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 637-658, jul. 2009.

GOETZ, E. R. et al. Representação social do corpo na mídia impressa. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 226-236, fev./abr. 2008.

GOMES, R.; REBELLO, L. E.F. S.; NASCIMENTO, E. **Medos sexuais masculinos e política de saúde do homem**: lacunas e desafios. In: *Homens e Masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas*. Instituto PAPAI; Promundo; Gema/UFPE e Margens/UFSC. Recife, 2010.

GRASSI, M. V. C.; PEREIRA, M. E. C. O “sujeito-sintoma” impotente na disfunção erétil. **Ágora**, v. 4, n. 1, p. 53-76, jan/jun. 2001.

GUARESCHI, P. Representações sociais, mídia e movimentos sociais. In: *Representações sociais em movimento: psicologia do ativismo político*. GUARESCHI, P.; HERNANDEZ, A.; CÁRDENAS, M. Porto Alegre: EdiPORS, 2010.

GUARESCHI, P. O que é mesmo psicologia social? uma perspectiva crítica de sua história e seu estado hoje. In: JACÓ-VILELA, M.; SATO, L. (orgs.) **Diálogos em psicologia social** [on-line]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p. 25-45, 2012.

HERNANDEZ, A. R. C.; ACCORSSI, A; GUARESCHI, P. Psicologia das minorias ativas: por uma psicologia política dissidente. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 13, n. 27, p. 383-387, ago. 2013.

HERNANDES, A. C.; FREITAS, C. D.R. A relação entre a teoria das representações sociais e a teoria das minorias ativas no contexto de efervescência política no Brasil. In: *Crítica a Dialogicidade em Psicologia Social: Saúde, Minorias Sociais e Comunicação*. ROSO, A. (Orgs.). Editora UFSM, 2017.

HURTADO, R. L.; LASMAR, M. C. Medicamentos falsificados e contrabandeados no Brasil: panorama geral e perspectivas de combate ao seu consumo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 891-895, abr. 2014.

JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. Livro das psicopatologias contemporâneas. 1ª Edição, São Paulo: editora Via Lettera, 2011.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: **As representações sociais**. JODELET, D (Orgs.). Rio de Janeiro: EDUERJ, p.17- 44, 2001.

JODELET, D. A perspectiva interdisciplinar no campo de estudo do religioso: contribuições da teoria das representações sociais. In: **Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. JODELET, D.; ALMEIDA, A. (Orgs.). Editora Thesaurus, p.203-224, 2017.

JOVCHELOVITCH, S. Psicologia social, saber, comunidade e cultura. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 20-31, mai./ago. 2004.

JOVCHELOVITCH, S. Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

KAFKA, F. Um médico rural: pequenas narrativas. 3ª edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990.

LAQUEUR, T. Inventando o sexo: corpo e gênero Freud aos gregos. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará, 2001.

LARA, et al. A agricultura do agronegócio e sua relação com a intoxicação aguda por agrotóxicos no Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 1-19, out. 2019.

LOREZETTO. M.S. **O Viagra permitiu 20 anos de ereções perdidas**. Disponível em: <<https://www.campograndenews.com.br/colunistas/em-pauta/o-viagra-permitiu-20-anos-de-erecoes-perdidas>> 2018. Acesso em: 20 de jan. 2020.

MARKOVÁ, I. A fabricação da teoria de representações sociais. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v.47, n.163, p.358-375, jan./mar. 2017.

MAZIOLI, A. B. Corpo, sexo, pecado e condenação no baixo-medieval: o papel das confissões na efetivação do domínio clerical sobre a vida dos casados. **Revista Ágora**, Vitória, n. 23, p. 228-247, 2016.

MEDRADO, B.; LYRA, J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, p. 809-840, 2008.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2015. Dicionários Michaelis.

MILLI. **Excitante masculino e retardante turbine**. Disponível em: <<https://www.millionline.com.br/excitante-masculino-e-retardante-turbine-15ml-blum--29415/p>> Acesso em: 2 de jan. 2020.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p. 239-262, jul/set. 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2001.

MLXMAGAZINE. **Potência Sexual Erectoviril Suplemento Masculino**. Disponível em: <<https://www.mlxmagazine.com/sex-shop/suplementos/potencia-sexual-erectoviril-suplemento-masculino-a-sos>>. Acesso em: 2 de jan. de 2020.

MORAES, R. F. de. Agrotóxicos no Brasil: Padrões de uso, política da regulação e prevenção da captura regulatória. **Texto para discussão**, Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

MORGENTALER, A. **O Mito do Viagra**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004.

MOSCOVICI, S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes, p. 456, 2012.

NASCIMENTO, A. V. do. **Estereótipos de masculinidades na música ‘homem com h’ e seus reflexos na educação**. 2018. Disponível em: <TRABALHO_EV112_MD1_SA3_ID83_01052018183830.pdf (editorarealize.com.br)>. Acesso em: 10 de ago. 2021.

OLIVEIRA, P. P. de. A construção social da masculinidade. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

PEPE, V. L. E; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. **Prescrição de medicamentos**. 2008. Disponível em: <<http://www.toledo.pr.gov.br/intranet/ftn/docs/prescri.pdf>>. Acesso em: 03 de ago. 2021.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M.T.; NOGUEIRA DA SILVA, G.S. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface. Comunicação Saúde Educação**, v.15, n.38, p.845-58, jul./set. 2011.

REESER, T. W. *Masculinities in theory: an introduction*. Nova Jersey: Wiley, 2010.

ROCHA, L. F. Teoria das Representações Sociais: a Ruptura de Paradigmas das Correntes Clássicas das Teorias Psicológicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.34, n. 1, p. 46-65, 2014.

ROHDEN, F. Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2645-2654, 2012.

ROSO, A. et al. Minorias étnicas e representações sociais: notas sobre a entrada do psicólogo social em uma comunidade Quilombola. **Psico**, Porto Alegre, v. 42, n. 3, p. 346-353, jul./set. 2011.

ROSO, A. Políticas de Reprodução no Ciber mundo: Investigações em Tecnologias Contraceptivas. In: fertilidade e Representações Sociais de Masculinidades/Feminilidades. Projeto Guarda Chuva. UFSM. 2019.

ROSO, A. Towards a rhizomatic perspective of the medicalized Body? Methaodos. **Revista de Ciências Sociais**, v. 7, n. 2, p. 184-197, jul. 2019.

RUSSO, J. A. A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade. **Revista Latinoamericana**, n.14, n. 2, p.172-194, ago. 2013.

SABINO, J. A.; CARDOSO, R. A. Perfil e atitudes de balconistas de drogarias ao dispensar medicamentos sem prescrição médica. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, Brasília, v.4, n.3, p. 53-62, 2010.

SAMPAIO, J. V., MEDRADO, B.; MENEZES, J. A. Consulte o seu médico: hormônios e medicalização da sexualidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1-18, 2020.

SANTOS, E. A. dos; GUARESCHI, P. Representações Sociais: seu status ontológico. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p.1213-1230, dez. 2019.

SANZON, G. F.; ALMEIDA, P H. F. de; TORIANI, S. T. Efeitos decorrentes do uso de anabolizantes em praticantes de musculação. **Redes**, ano 2, n. 2, 2019.

SÊGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. Anos 90, Porto Alegre, n.13, p. 128-133, jul. 2000.

SHOKEIR, A. A; HUSSEIN, M. I. Sexual life in Pharaonic Egypt: towards a urological view. **International Journal of Impotence Research**, v. 16, p. 385-388, 2004.

SILVA, R.C. Com quantos medos se constrói uma bruxa? Demonização e criminalização das mulheres no Brasil Colônia. **Campos**, v.19, n.2, p. 31- 48, set. 2018.

SILVERIO, A. M; PINHEIRO, P. B. A biociência dos agrotóxicos e seu impacto na saúde. **Revista Ouricuri**, Bahia, v.9, n.2, p.0016-033, jul./dez. 2019.

SOBREIRA, L. E.; SILVA, A. M. F. A mulher cantada em prosa e verso: a construção da representação social da mulher nas canções de vozes femininas da música popular brasileira (1930-1980). **Revista Ponto de Vista**, v.2, n.9, 2020.

SOUSA, A. D. et al. Os impactos do uso de agrotóxicos no Brasil: uma análise cienciométrica. **Cadernos de Agroecologia**, Anais do XI Congresso Brasileiro de Agroecologia, São Cristóvão, Sergipe, v. 15, n. 2, 2020.

SOUZA, et al. Importância do Exercício Físico no Tratamento da Disfunção Erétil. **Rev. Bras. Cardiologia**, v. 24, n. 3, p. 180-185, mai./jun. 2011.

SOUZA, L. C. Análise da legislação sobre agrotóxicos no Brasil: regulação ou desregulação do controle do uso? **Revista Jurídica Esmp**, São Paulo, v.11, p. 41 - 74, 2017.

TEJERINA, G. R. Intoxicações e óbitos por agrotóxicos no Estado de Goiás, Brasil e inovações legislativas. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 229-249, jan./mar. 2018.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representação social do envelhecimento. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 12, n.2, 1999.

VINUTO, J. A Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Revista Temáticas**, n.22, v. 44, p. 203-220, 2014.

APÊNDICE

Apêndice 1 –Entrevista semiestruturada



Entrevista Semiestruturada

Projeto de Pesquisa: Masculinidades, (im)potência e medicalização nos discursos dos profissionais de saúde

Autora do Projeto: Psicóloga Mestranda Letícia Chagas

Título do projeto guarda-chuva: Políticas de Reprodução no Ciber mundo: Investigações em Tecnologias Contraceptivas, (In)fertilidade e Representações Sociais de Masculinidades/Feminilidades

Pesquisadora responsável: Dr^a. Adriane Roso

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/Departamento de Psicologia

Telefone para contato: (055) 991181953 ou (55) 999502306

E-mail: adriane.roso@ufsm.br ou adrianeroso@gmail.com ou cchagasleticia@gmail.com

Endereço: Cidade Universitária, UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 74B, sala 3211, 97105-970 - Santa Maria – RS, Brasil

- 1) O que é ser homem?
- 2) Qual seu entendimento sobre masculinidade?
- 3) Qual o significado de disfunção erétil?
- 4) Qual seu entendimento sobre impotência sexual?
- 5) Você poderia me descrever algumas características de um homem impotente sexualmente? (idade, escolaridade, profissão, etc)
- 6) São sempre as pessoas mais velhas que compram esse tipo de medicamento?
- 7) Você acha que esses homens jovens teriam indicação para uso desse tipo de medicamento?
- 8) Quais tipos de tratamentos para impotência sexual são de seu conhecimento?
- 9) Quais você indica?
- 10) Como fatores socioambientais podem influenciar na impotência sexual/disfunção erétil? Na sua prática profissional, consegue identificar tais fatores?
- 11) Você percebe alguma relação entre o uso de tecnologias com wi-fi e a impotência? Quais?
- 12) O medicamento para dificuldade de ter e/ou manter ereção também auxilia na ejaculação?
- 13) Indicaria alguém para participar dessa pesquisa?

Apêndice 2 – Questionário Sócio-demográfico



Questionário Sócio-demográfico

Projeto de Pesquisa: Masculinidades, (im)potência e medicalização nos discursos dos profissionais de saúde

Autora do Projeto: Psicóloga Mestranda Letícia Chagas

Título do projeto guarda-chuva: Políticas de Reprodução no Ciber mundo: Investigações em Tecnologias Contraceptivas, (In) fertilidade e Representações Sociais de Masculinidades/Feminilidades

Pesquisadora responsável: Dr^a. Adriane Roso

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/Departamento de Psicologia

Telefone para contato: (055) 991181953 ou (55) 999502306

E-mail: adriane.roso@ufsm.br ou adrianeroso@gmail.com ou cchagasleticia@gmail.com

Endereço: Cidade Universitária, UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 74B, sala 3211, 97105-970 - Santa Maria – RS, Brasil

Data de preenchimento:

____/____/____

Pseudônimo (nome fictício da(o) Participante):

(invente um nome para você não ser identificado) Gênero: () mulher () homem () Outro ()
Prefiro não informar

Especialidade:

Estado Civil\Natureza Conjugal: () Casado\ a no civil () Casado\ a no religioso () Casado\ a no civil e no religioso () Solteiro\ a () Separado\ a ou Desquitado\ a () Divorciado\ a () Viúvo\ a () União consensual registrada em cartório () União consensual não registrada em cartório

Arranjo Familiar: () Sem filho\ a na família () 1 filho\ a de 0 a 17 anos de idade () 2 filhos\ as de 0 a 17 anos de idade () 3 ou mais filhos\ as de 0 a 17 anos de idade () Somente filho(s)\ a(s) de 18 anos ou mais de idade

Cidade\Estado em que reside: _____

Cidade em que trabalha: _____

Principal fonte econômica da cidade em que trabalha: () Turismo () Grande produção agrícola () Agricultura familiar () Indústria têxtil () Outra _____

Se a resposta for agricultura. Qual? () Policultura () Tabaco () Frutífera () Hortaliça () Soja

() Outra _____

Ocupação: _____

Tempo de formado: _____

Especialidade: _____

Raça: () Branca () Negra () Parda () Mestiça () Amarela () Indígena () Outra () Prefiro não declarar ()

Raça da sua mãe: () Branca () Negra () Parda () Mestiça () Amarela () Indígena () Outra () Prefiro não declarar

Raça do seu pai: () Branca () Negra () Parda () Mestiça () Amarela () Indígena () Outra () Prefiro não declarar

Orientação Sexual () Heterossexual () Homossexual () Lésbica () Transsexual () Pansexual () Travesti () Prefiro não responder () Outra

Renda Nominal (somente a tua renda): () Até 1/2 salário mínimo () Mais de 1/2 a 1 salário mínimo () Mais de 1 a 2 salários mínimos () Mais de 2 a 5 salários mínimos () Mais de 5 a 10 salários mínimos () Mais de 10 a 20 salários mínimos () Mais de 20 salários mínimos () Sem rendimento () Prefiro não responder () Não sei

Na casa que você mora, quem tem maiores rendimentos é um homem ou uma mulher? () Mulher () Homem () Não sei

Qual a sua Religião\Espiritualidade: () Católica () Evangélica () Protestante () Luterana () Evangélica de Origem Pentecostal () Adventista () Espírita () Umbandista () Candomblé () Judaica () Ateísmo () Nenhuma () Outra

Caso tenha marcado alguma religião\Espiritualidade: () Pratico Eventualmente () Pratico () Raramente () Prefiro não responder () Pratico todos os dias () Pratico semanalmente () Pratico mensalmente () Nunca Pratico () Outra

Você participa de algum grupo sobre sexualidade ou direitos sexuais e reprodutivos? () sim () não

Se você participa de algum grupo, qual (is)? _____

Conhece o movimento feminismo? () Sim, sou a favor () Sim, sou contra () Não, gostaria de conhecer () Não, sem interesse em conhecer

Tem preferência por algum partido político? () sim () não

Se respondeu "sim", qual partido? _____

Quanto à ideologia política, você se considera: * () de esquerda () de direita () centro () centro-direita

() centro-esquerda () extrema esquerda () extrema direita () nenhuma () outra

Se você fosse construir um formulário como este, o que perguntaria à pesquisadora que não foi perguntado aqui? _____

Se você fosse construir esse formulário, o que NÃO perguntaria à pesquisadora e que foi perguntado aqui? _____

Há algo mais? _____

Apêndice 3 – Quadro 3: Representações sociais: o que é ser homem?

Elemento	Subelemento	Fala	Argumento teórico	Autor do argumento
Representações sociais: o que é ser homem?		<p>Pensamento científico e cotidiano: “(...) e aqui eu falo isso assim como homem, como amigo, como pai, como filho e como psiquiatra também” (Príapo) “É que eu sou homem, né. Mas, o que é ser homem, né? Me responsabilizar pelos meus atos, é... enfrentar os próprios medos, enfim, acho que vai mais ou menos isso, sabe? Ser uma pessoa de caráter, respeitar o espaço das outras pessoas, um pouco disso” (Anteros) "Eu sou caipira do interior, eu acho que isso aí também é uma coisa que acaba pegando um pouco, né. Por mais que eu esteja em São Paulo a muito tempo, eu trago uma mentalidade que é interiorana” (Afrodite) “Ah, quem depende de mim, em algumas situações, até as mulheres mesmo. Nós urologistas, na nossa área, tem muito pouco, não tem muitas mulheres, né, aí o mercado pra elas é ruim, a gente acaba auxiliando de algumas formas assim né, mais nisso assim, mas na minha família mesmo de ajudar familiar, nesse sentido assim” (Himeros.)</p> <p>Ser homem:</p>	<p>A TRS contempla a dinâmica entre a ciência e o senso comum, considerando dois tipos de universo: o universo reificado e o universo consensual. Ambos universos, indicam dois saberes que, mesmo sendo diferentes, podem se comunicar. Os profissionais de saúde, embora detentores de um pensamento científico, também são interpelados pelo pensamento cotidiano. Logo, não podemos dissociar os dois tipos de pensamentos, por isso, concebemos como um desenvolvimento contínuo entre o pensamento científico para o cotidiano e vice-versa.</p> <p>As perguntas: “O que é ser homem?” e “o que é masculinidade?” compõem o roteiro da entrevista semiestruturadas dessa pesquisa. Ainda que os participantes tentem responder de forma consciente, são tópicos que nos perpassam cotidianamente. O gênero contempla as diferenças sexuais dos corpos humanos contidas na prática social e tornadas parte do processo</p>	<p>TRS: ARRUDA (2002); ROSO et al (2011); MARKOVÁ (2017)</p> <p>Teoria de masculinidade: CONNELL (1995); REESER (2010)</p>

		<p>ser responsável (Anteros, Eros), corajoso (Anteros, Príapo), respeitador (Anteros, Himeros, Sirena), ter caráter (Anteros), ter afeto (Príapo), protetor (Príapo; Himeros), ter determinação/foco (Príapo), racionalidade (Príapo), protagonista (Himeros), mantenedor/provedor (Himeros, Hermes), característica física/ser forte (Iris), patriarca (Hebe) e companheiro (Hebe), sexo biológico (Eros.), sexo masculino (Pothos; Hermes).</p> <p>Masculinidade: “Conjunto de ações, pensamentos, crenças, que vêm pra qualifica, pra identificar o homem” (Anteros), são “características atribuídas ao homem” (Himeros; Príapo), sendo também “uma forma de expressão de gênero” (Eros), “somos produto do meio, uma construção social, sendo assim, a sociedade acaba influenciando. Então, não tem como isolar, nem a masculinidade e nem isolar a sociedade, tudo tá ali conectado” (Pothos)</p>	<p>histórico, por isso, não se pode conceituar o social e o individual como duas entidades separadas. Em vez disso, o Eu e o(s) Outro(s) (ou o Ego-Alter) são mutuamente interdependentes e pela interação. O Ego-Alter gera conjuntamente sua realidade social – objetos de conhecimento, crenças ou imagens.</p>	
	<p>Ser homem é (des)construção</p>	<p>"Os meus pais que cresceram nos anos 50. A cultura nos anos 50, até os anos 50, mais ou menos, depois começou a mudar, né. Mas até então, vamos dizer, o homem trabalhava, era o provedor da família" (Príapo) “Então eu acho que uma masculinidade bem resolvida seria a pessoa conseguir lidar, assim, ser independente como qualquer indivíduo</p>	<p>Na perspectiva da TRS, as relações são primordiais, concebendo a relação triangular, Ego-Alter-Objeto, em sua dinâmica. Os grupos expandem e subdividem-se, ocorrendo variedade nas estruturas triangulares que coexistem, cooperando ou em conflito umas com as outras. Os elementos dessa tríade agem</p>	<p>TRS: ARRUDA (2002); ROSO et al (2011); MARKOVÁ (2017)</p>

		<p>adulto maduro, tanto o homem quanto a mulher, a feminilidade ou a masculinidade, né, bem resolvidas, seriam a pessoa conseguir ser autônoma, independente emocionalmente, né, conseguir tolerar as frustrações, né, e cumprir o seu papel, né, na sociedade assim, no que se identifica em termos de gênero, por exemplo, né” (Priapo)</p> <p>“Me reconhecer enquanto homem diante de todas essas mudanças, né, que a gente vem vivendo e, todos esses atravessamentos de questões de gênero, de raça, política até” (Eros)</p> <p>“Assim, antes a gente tinha um pensamento que o homem seria, né, o papel de quem mandava na casa, de quem tinha todo o comando da casa. Hoje o homem, ele leva um papel junto com a mulher né, tô dizendo aqui na minha casa, né. A gente tem um papel que a gente trabalha junto. Ele é mais um companheiro, não seria quem é o alfa da minha casa. A gente trabalha como companheiro, a gente caminha junto” (Hebe)</p> <p>“Meu pai já não era aquele que mandava. Eu já fui criada assim. O meu marido já foi diferente, o pai dele já tinha todo aquele, que o pai dele era o alfa da casa. Ele que mandava” (Hebe)</p> <p>“Homem... nos dias de hoje, acho que mais difícil do que ser mulher, viu? É porque eu acho que a mulher tá conquistando, né. É desafiador, mas ela tá conquistando o espaço</p>	<p>em conjunto e a tensão acarreta em transformações, se relacionando entre si e com o contexto histórico e cultural do qual fazem parte. Portanto, o gênero como produto sócio-histórico, deve ser admitido de forma que pode ser moldado e remoldado. O gênero contempla as diferenças sexuais dos corpos humanos contidas na prática social e tornadas parte do processo histórico.</p> <p>Os participantes indicaram possibilidades de desconstrução e construção do “ser homem”, para além das características atribuídas aos homens, considerando que as pessoas podem ter ideias diferentes, usando símbolos e gestos específicos, correspondentes a suas experiências sociais. Dessa forma, a masculinidade hegemônica também é referida em alguns contextos como engajamento dos homens a práticas tóxicas, provocando comportamentos de risco, dificuldade de expressar emoções, violência, ausência de autocuidado, acarretando em mortes. Portanto, precisamos reconhecer o potencial transformador da resistência das mulheres ao patriarcado, e dos homens como portadores de masculinidades alternativas.</p>	<p>Teoria de masculinidade: CONNELL (1995); REESER (2010)</p>
--	--	--	--	---

		<p>dela, né. Eu acho que a mulher consegue ver um pouco melhor o que ela pode se tornar, o que ela pode vir a ser, por mais dolorido que seja, difícil que seja, e os homens estão meio perdido nessa, porque a mulher tá conquistando e vendo o que podem vir a ser e eles não sabem mais direito o que eles podem ser, fazer...” (Afrodite.) “dificuldade de ter relação sexual com suas companheiras que têm uma postura, uma posição ou que realmente ocupam, até mesmo, um lugar de responsabilidade financeira maior do que do homem e isso se torna uma questão de impotência” (Eros). “A masculinidade, hoje, é sinônimo de aspectos ruins relacionados aos homens, muitas vezes, quando a gente fala em masculinidade tóxica, por exemplo, a gente vê homens que encaram um papel que não é deles necessariamente” (Hera).</p>		
--	--	---	--	--

Fonte: da autora, 2021.

Apêndice 4 – Quadro 4: Saúde sexual: sexo e tabu

Elemento	Subelemento	Fala	Argumento teórico	Autor do argumento
Saúde sexual: sexo e tabu		<p>“É muito difícil o homem buscar um médico pra buscar uma ajuda quanto a isso” (Sirena)</p> <p>"sempre visto como pecado, sempre visto como algo do diabo né. Então, tu querendo ou não, tu vai sendo criado com esse tipo de pensamento e, muitas vezes, tu não se sente à vontade para falar disso. Então, vem um pouco disso, de valores sócio-culturais que acabam sendo implicados na questão sexual” (Anteros)</p> <p>“o assunto sexo é um tabu, né. Ainda, apesar de toda a nossa cultura, na verdade continua sendo um tabu, né, as pessoas tem muito... falam muito da boca pra fora, mas na vida íntima, privada, né, continua sendo um tabu e eu acho que é difícil pra se falar sobre isso” (Priapo)</p> <p>“vai consultar por uma outra queixa qualquer, e aí que acaba falando que tá com problema pra ter relação” (Himeros)</p>	<p>Durante a Idade Média, o ato sexual fazia parte do matrimônio como débito conjugal. O surgimento da pílula anticoncepcional, a descoberta de tratamentos para infecções sexualmente transmissíveis e de outros acontecimentos, contribuíram para o século XX ser o século da libertação sexual. Entretanto, campanhas pró-abstinência sexual são elencadas pelos governos com a participação de líderes evangélicos.</p> <p>Historicamente as religiões são preponderantes na existência das pessoas, nas construções de si, dos outros e da realidade. Em vista disso, é imprescindível associar as crenças aos estudos das representações sociais. A TRS emergiu em um período histórico de desvalorização das crenças e valorização do pensamento científico, em defesa da coexistência de saberes, na qual um não substitui o outro e, ambos universos (consensual e reificado). Destarte, reconhecemos a esfera religiosa conduzem à formação de representações sociais, direcionam e organizam as atitudes e os comportamentos dos indivíduos.</p>	<p>Contexto sócio-histórico: DARMON (1979); MAZIOLI (2016). DANTAS (2010)</p> <p>Religião e TRS: ALVES, AMÂNCIO, ALFERES (2008); JODELET (2017); ROCHA (2014)</p>

		<p>“por exemplo, o paciente pós-prostatectomizado, ele vem e diz que o mais importante pra ele é a incontinência urinária, e aí ao longo do tempo que a gente vai né, acompanhando o paciente aí surge essa queixa sexual” (Hera)</p> <p>“Nessa cultura machista, que o homem não pode mostrar os sentimentos, né. O homem tem que ser potente” (Priapo),</p> <p>“Infelizmente, acho que até por impacto, por essa questão da masculinidade, muitos têm dificuldade de chegar e de dizer” (Hera)</p> <p>“tem muito preconceito, muito medo assim, muita vergonha” (Himeros)</p> <p>“Acho que é uma coisa muito comum de acontecer e as pessoas a tratam como um tabu” (Afrodite)</p>		
	Obstáculos da saúde sexual	<p>Agrotóxico</p> <p>“com certeza, toda essa mudança na alimentação de hoje em dia pra antigamente né” (Sirena)</p> <p>“tudo interfere na atividade sexual” (Himeros)</p> <p>“usos de agrotóxicos, transgênicos, acabam influenciando a nível de sexualidade, como acabam influenciando também a nível de</p>	<p>Agrotóxicos</p> <p>O intenso uso de agrotóxicos é prejudicial em diversos aspectos: econômico, sociais, culturais, assim como, ambientais e de saúde. As substâncias químicas presentes nos agrotóxicos são absorvidas e acumuladas no organismo, ainda que em pequena quantidade, essas substâncias se bioacumulam e podem provocar danos permanentes, como o surgimento de células cancerígenas, doenças congênitas, depressão, desregulação hormonal, distúrbios endócrinos, entre</p>	<p>Agrotóxicos</p> <p>ABRASCO (2015); DUTRA, SOUZA, (2017); TEJERINA (2018); LARA et al (2019); MORAES (2019); SOUSA et al (2020);</p>

		<p>saúde, doenças que já existem, pioram, e pensando na disfunção erétil, acaba também trazendo prejuízos significativos” (Pothos) “fico até pensando essa questão dos agrotóxicos mesmo, porque se a gente usa indiscriminadamente isso, imagina na verdura pra fica bonitinha, pra colheita fica maior e ganhar mais dinheiro, isso deve usar muito mais, e a gente come, deve fazer influencia sim” (Afrodite)</p> <p>Tabaco “o tabagismo é bem ruim pra função sexual. Tanto pelo consumo de diversos produtos que compõem o cigarro, mas também pelo uso prolongado do problema gerado ao longo prazo uma dificuldade no próprio desenvolvimento do assoalho pélvico” (Hera) “ Com certeza influencia, tabagismo” (Hermes)</p> <p>Obesidade “tudo que impacta o assoalho pélvico pode ter relação, como obesidade...” (Hera)</p>	<p>outros. Além das inúmeras externalidades negativas já comprovadas causadas pelos agrotóxicos, à saúde sexual também sofre interferências, como: disfunções reprodutivas, infertilidade, desenvolvimento sexual anormal, diminuição da libido e disfunção erétil.</p> <p>Tabaco O prejuízo é tanto na saúde de quem consome, quanto na saúde de quem planta, por exemplo; na produção de fumicultoras, uma prática que ocasiona intoxicação aguda e crônica em muitos trabalhadores. Evidentemente, em razão das demasiadas substâncias químicas que compõem o cigarro de tabaco, seu consumo é desfavorável à função sexual, gerando problemas no assoalho pélvico.</p> <p>Obesidade Cientificamente é comprovado que a obesidade é uma condição predisponente para disfunção erétil, principalmente a disfunção erétil vasculogênica e a disfunção erétil endócrina. No entanto, o risco de impotência sexual pode ser amenizado com a adesão de atividade física e perda de peso e práticas de saúde mais saudáveis.</p> <p>Envelhecimento A andropausa é o conjunto de sintomas decorrentes dos níveis abaixo do hormônio masculino, podendo interferir na fertilidade, libido, ereção peniana, etc. O Ministério da Saúde revela que 1 em cada 4 homens</p>	<p>SILVERIO, PINHEIRO (2019)</p> <p>Tabaco BRASIL (2015); INCA (2018)</p> <p>Obesidade CAÇÃO et al (2020)</p> <p>Envelhecimento BRASIL, (2018); CONRAD (2007); VELOZ, NASCIMENTO-SCHULZE, CAMARGO (1999); BIASUS, DEMANTOVA, CAMARGO (2011)</p> <p>Anabolizante REESER (2010); CUNHA et al (2017); CUNHA</p>
--	--	---	---	--

		<p>“Certamente interfere né. Atividade física, obesidade...” (Hermes)</p> <p>Envelhecimento “pode acontecer em várias idades né. Mas, normalmente, na idade mais avançada é mais propício” (Hebe) “fisiologicamente falando, quanto mais velho, quanto maior a idade, mais dificuldade a pessoa tem. Até porque vai se associando vários fatores no decorrer da idade, desde alimentação, fatores culturais, fatores exógenos, que vão te levar a ter esse problema, sem falar na parte psicológica, né” (Hermes) “homens ali entre 40, 60 anos, 70 anos e você admite pacientes, é um pouco complexo, até por conta do próprio envelhecimento humano” (Pothos)</p> <p>Anabolizante “muitas vezes, são rapazes, que acho que pelo uso de anabolizantes ou relacionado a isso, a gente vê muita gente de academia comprando” (Hebe) “toma remédio pra ter músculo, daí acaba né, que não tem mais a mesma performance sexual que eles</p>	<p>com 65 anos reporta a disfunção erétil. Tal estatística favorece que os corpos dos homens envelhecidos permaneçam cada vez mais sob a jurisdição médica, afinal, o envelhecimento deixou de ser apenas uma progressão natural do curso da vida e passou a ser um problema médico que necessita de tratamento medicamentoso. O envelhecimento está associado a perdas físicas, mudanças corporais que geram consequências para a identidade do homem. As representações sociais da sexualidade no envelhecimento é um fator importante, que pode influenciar comportamentos e pensamentos, como a medicalização do envelhecimento.</p> <p>Anabolizante A construção cultural de masculinidade, representada mediante imagens, saberes, discursos e práticas, constroem uma ideia de corpo masculino, como ele é ou como deveria ser. O capitalismo colabora para criação de imagens dos corpos masculinos, com uma estrutura física musculosa, estimulando o consumo de equipamentos de ginástica e suplementos. A busca pelo corpo ideal e de se tornar um símbolo sexual, faz com que os jovens recorram ao uso de esteróides anabolizantes, ignorando os riscos e efeitos colaterais. Todavia, a incongruência está em seus efeitos colaterais que podem causar: diminuição da libido, atrofia do tecido testicular, câncer de próstata ou seu aumento, infertilidade e impotência sexual, ou seja,</p>	<p>(2004); SANZON, ALMEIDA, TORIANI (2019)</p>
--	--	---	---	--

		gostariam, daí é remédio para ter performance sexual, que o anabolizando não deixa mais que tenha, daí fica sobrepondo uma coisa a outra” (Afrodite)	complicações em outras características físicas consideradas masculinas.	
--	--	--	---	--

Fonte: da autora, 2021.

Apêndice 5 – Quadro 5: Medicalização

Medicalizaçã o	Medicalização: remediar o irremediável			
	Efeitos colaterais: vide a bula	<p>Medicamento e efeitos colaterais: “São medicações que têm efeitos colaterais sim, precisam ser bem orientadas e bem prescritas” (Entrevistado Fe.)</p> <p>"O paciente tem uma melhora no quadro depressivo, por exemplo, que naquele momento ele tá priorizando isso e vamos levando mais um tempo a medicação assim. Não tá legal na parte sexual, mas eu tô me sentindo melhor, já voltei a trabalhar, já convivo melhor com a minha família, é muito pesar risco benefício, nesse sentido, sabe? Então, é muito particular” (Entrevistado G.)</p> <p>“mas não é tão simples assim, se fosse né, tomar um remédio e ficar tudo bem era muito fácil, eu sempre ressalto a eles os problemas que podem vir do uso do medicamento” (Entrevistada I).</p> <p>“os maiores efeitos colaterais são a cefaleia, a dor de cabeça, as dores musculares, né” (Entrevistada T.)</p> <p>“É bastante comum o paciente usar medicação e sentir algum efeito adverso e aí vir consultar por causa do sintoma adverso, isso é bastante comum. O vasodilatador geralmente dá um calor no peito, mal estar, tontura as vezes pode acontecer e o paciente</p>	<p>Medicamento e efeitos colaterais: O paciente é um ator ativo nesse processo, a prescrição é ato que depende de amplo conjunto de fatores, podendo resultar em diferentes desfecho. A busca por soluções instantâneas para os problemas, de modo individual e tecnológico, é uma tendência das sociedades ocidentais. As causas dos problemas relacionados à performance sexual, seja psicogênica e/ou orgânica, não apresentam relevância, visto que as pesquisas constataam a eficácia do medicamento independente da etiologia da disfunção. Logo, ainda que haja efetividade, é indispensável averiguar as contra-indicações e os efeitos adversos causados pelos fármacos. Por vezes, os sintomas indesejados são</p>	<p>Medicamento e efeitos colaterais: CONRAD (2007); GAUDENZI, ORTEGA (2012); ROSO (2019); PEPE, OSÓRIO-DE-CASTRO (2008); SABINO, CARDOSO (2010)</p> <p>Mídia: GOETZ et al (2008); GUARESCHI (2010); BRIGADEIRO, MAKSOUD (2009)</p>

		<p>usa e aí depois vem consulta por causa de ter algum efeito adverso, isso é comum de acontecer” (Entrevistado Ed.)</p> <p>“se tu for olhar o histórico do paciente, ele é hipertenso, ele é diabético. Então, as chances de uma morte súbita, de um infarto, era muito grande, e você se assusta porque eles trazem como uma coisa muito normal. Dizem Ah, deu só uma palpitaçãozinha no coração” (Entrevistado Fe.)</p> <p>Mídia:</p> <p>“mais famoso para a impotência” (Entrevistado G)</p> <p>“um dos mais comuns” (Entrevistado Ed.)</p> <p>“tem muitos outros, mas acho que é o que popularizou mais, assim, que é o que eu lembro de nome” (Entrevistado Fa.)</p> <p>“mais procurado é o Viagra®, as pessoas procuram às vezes o Viagra® pelo nome, até querendo a tadalafila, mas dão o nome do Viagra®” (Entrevistado Ev.)</p> <p>“geralmente vem pedindo o azulzinho” (Entrevistada L.)</p> <p>“o mais utilizado” (Entrevistado Fe.).</p> <p>“hoje em dia a maioria, quando é mais jovem assim, já vêm com informação, olhou no computador, já sabe quais são as causas (Entrevistado Ed.)</p> <p>“o Dr Google mostra tudo né, e acredito que seja o grande influenciador” (Entrevistada T.)</p>	<p>o motivo dos homens procurarem um profissional de saúde.</p> <p>Mídia:</p> <p>A mídia, como produto e produtores de práticas sociais, acaba sendo um instrumento fundamental para que as indústrias farmacêuticas atuem no gerenciamento dos corpos. Logo, concebemos a mídia como um ambiente de circulação de representações sociais e, os meios de comunicação podem ser empregados tanto para criar e legitimar representações sociais. No Brasil, o Viagra® foi impulsionado através dos meios de comunicação de massa, contribuindo na elaboração de significados sociais em torno desse medicamento.</p>	
--	--	--	--	--

	<p>Automedicação e prescrição</p>	<p>“a medicação é de fácil acesso, não precisa nem de prescrição pra comprar, pessoal acaba usando” (Entrevistado Ed.)</p> <p>“Muito, muito frequente, várias vezes durante o dia” (Entrevista T.)</p> <p>“uma necessidade, que a pessoa acredita que só vai conseguir ter uma relação sexual utilizando esse medicamento” (Entrevistada T.)</p> <p>“mais de 50% não teria indicação” (Entrevistado Ev.)</p> <p>“são remédios relativamente seguros, que muita gente deve comprar sem prescrição” (Entrevistada B.)</p> <p>“dizem Dr cheguei a tomar três, só numa vez, e não foi” (Entrevistado Fe.).</p> <p>“as pessoas chegam desesperadas muitas vezes, querem comprar” (Entrevistada C.)</p> <p>“tem que ter um cuidado, a gente não pode simplesmente estar só pensando no lucro” (Entrevistada C.)</p> <p>“acho que só um caso que eu peguei que veio com a receita, e aí a pessoa também não sabia exatamente pra o que era, não sei se o médico não explicou” (Entrevistada L.)</p> <p>“não deveria ser assim tão aberta essa venda né, porque depois acaba virando uma necessidade, que a pessoa acredita que só vai conseguir ter uma relação sexual utilizando esse medicamento né” (Entrevistada T.)</p> <p>“muitas vezes a gente sabe que a disfunção erétil ou outras disfunções sexuais, nem precisam da</p>	<p>A prescrição é um documento legal, sob responsabilidade de um profissional capacitado, que dispensa e administra os medicamentos. E, a automedicação é uma prática comum que o próprio indivíduo favorece, em virtude de buscar soluções instantâneas, sem ponderar os prejuízos. A indústria farmacêutica uma fonte hegemônica de informação sobre medicamentos, ante a inexistência de fontes alternativas independentes, pode-se inferir que o uso dos produtos farmacêuticos podem estar tendo uma orientação inadequada, seja na sua prescrição, seja na sua dispensação e comercialização, extrapolando suas indicações técnicas para atender interesses que não propriamente terapêuticos.</p>	<p>Automedicação e prescrição: PEPE, OSÓRIO-DE-CASTRO (2008); SABINO, CARDOSO (2010); BARROS, JOANY (2002)</p>
--	-----------------------------------	--	--	--

		<p>medicação, precisam mais de um acompanhamento não medicamentoso” (Entrevistado Fe.)</p> <p>“normalmente vai pro medicamento sendo que poderia partir para outros, outras alternativas menos prejudiciais” (Entrevistado Ev.)</p>		
	<p>Medicaliza, desmedicaliza e vice-versa</p>	<p>Medicalização</p> <p>“a parte medicamentosa tem que ser associada sempre” (Entrevistada T.)</p> <p>“ajudá-lo um pouquinho a quebrar aquele ciclo” (Entrevistada B.)</p> <p>“são coisas que a gente vê que é mais psicológico do que fisiológico, mas a gente acaba prescrevendo” (Entrevistado Ed.).</p> <p>“eu acredito que essas medicações de um modo geral deveriam ser prescritas” (Entrevistado Fe.)</p> <p>“Qualquer um da área clínica, desde psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, qualquer um, mas que pelo menos tivesse ali um carimbinho, uma assinatura para pelo menos estar respaldado, porque eu acho que pelo menos alguém se responsabilizava por aquele indivíduo” (Entrevistado Fe.)</p> <p>“para dá segurança e facilita a gente acaba prescrevendo a medicação direto” (Entrevistado Ed.)</p> <p>Desmedicalização</p> <p>Uso recreativo/otimização</p> <p>“quer impactar lá, fazer e acontecer” (Entrevistada L.)</p> <p>“se gabar, mas não querem expor seu problema ali, dizem ‘preciso porque vou sair com duas mulheres,</p>	<p>A medicalização é um processo dinâmico. Um fenômeno bidirecional, podendo acontecer a medicalização e a desmedicalização, formando uma rede complexa que medicaliza e, ao mesmo tempo, desmedicalização. Se a medicalização é o processo de tornar problemas não médicos em questões médicas, passíveis de serem catalogados e de um tratamento medicamentoso, a desmedicalização acontece na medida em que o problema não é mais definido em termos médicos, e os tratamentos médicos não são apropriados. No processo de medicalização a impotência sexual precisa ser reconhecida como um problema de saúde, suscetível a um diagnóstico e a prescrição médica. A ausência de prescrição para o uso medicamentos destinados à impotência sexual favorece que os indivíduos assumam a</p>	<p>Medicalização:</p> <p>CONRAD (2007); CHAVES, ROSO (2019); NASCIMENTO (2020)</p> <p>Desmedicalização</p> <p>CONRAD (2007), GIAMI, NASCIMENTO, RUSSO (2009); BRIGADEIRO, MAKSUD (2009); ROSO (2009); SAMPAIO, MEDRADO, MENEZES, 2020.</p>

		<p>então tem que tá garantido' é o que acontece" (Entrevistado Ev.).</p> <p>"na sexta-feira é um dia certo que os meninos aparecem por lá" (Entrevistada L)</p> <p>"já aconteceu várias vezes também, do rapaz, o outro, vai casar e aí pedem um, porque vem com dois, com quatro e com oito comprimidos, né... e aí o pessoal pede bastante esse com dois pra fazer brincadeiras, alguma coisa assim, porque o amigo ia casar" (Entrevistada L.).</p> <p>"não tem uma questão de saúde clínica, não tem um diagnóstico que seja ali um direcionador do porquê que aquela impotência tá acontecendo" (Entrevistado Fa.)</p> <p>"próprio consumo de pornografia né, acho que é um aspecto muito recorrente e que contribui, muitas vezes, pra questão da disfunção" (Entrevistado Fa.),</p> <p>"bebeu demais numa noite lá e aí foi transar com alguém ali que conheceu, ou seja, na pilha, e aí não funciona e depois no outro dia fica matutando aquilo e aí não consegue mais, passa a ter um problema psicológico em função disso" (Entrevistado V.C)</p> <p>"performance não vai ser aquela x, y, z com uma pessoa que eles não tem contato direito, que não tem um afeto mesmo, que pode sair falando, então eles tem que mostrar uma performance já de cara" (Entrevistada B.).</p> <p>"facilitar, tem a questão cultural que precisa né, funciona. Então, muita gente não precisa, muitos usuários" (Entrevistado Ev.)</p>	<p>responsabilidade por seus corpos. Dessa forma, paradoxalmente, a medicalização da impotência masculina abre a porta para a desmedicalização da sexualidade, excluindo os médicos, e colocando o desenvolvimento de normas de saúde e de sexualidade sob o controle da indústria farmacêutica. A expectativa dos homens em relação à sua performance sexual, favorável a melhorar a qualidade, resultando em uma droga recreativa; afrodisíaco; droga de conforto. Logo, a impotência sexual deixa de ser categorizada como diagnóstico de base físico anatômico e passa a ser um problema resolvido por tratamentos farmacológicos de simples utilização.</p>	
--	--	---	--	--

		“precisam performar de uma certa maneira, de ter essa relação e como isso afeta” (Entrevistado Fa.) “70% do que a gente atende, é pra impactar né, na hora da relação” (Entrevistada L.)		
--	--	---	--	--

Fonte: da autora, 2021.