

# Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.14 - ago. 2013 - pp.172-194 / Dossier n.2 / Russo, J. / [www.sexualidadsaludysociedad.org](http://www.sexualidadsaludysociedad.org)

## **A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade**

### **Jane A. Russo**

Doutora em Antropologia Social  
Professora Associada do Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Instituto de Medicina Social  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)  
Rio de Janeiro, Brasil

> [jrusso@ims.uerj.br](mailto:jrusso@ims.uerj.br)

**Resumo:** Este artigo pretende discutir a passagem da “segunda onda sexológica”, que surge em meados do século XX, para uma terceira fase representada pela Medicina Sexual, cujo surgimento data da última década do século. Analisa-se o surgimento da Medicina Sexual como parte de um processo mais amplo de “biologização” das concepções acerca do humano ao qual se concatena uma transformação importante do modo de atuação e produção da indústria farmacêutica. Dois pontos cruciais na passagem da segunda sexologia para a Medicina Sexual serão abordados: a reconfiguração médica da impotência através da construção e da difusão do diagnóstico de “disfunção erétil” e os efeitos disto para a sexualidade masculina; a mudança de foco da sexualidade feminina ou do casal para a sexualidade masculina e suas consequências. O objetivo mais amplo do artigo é apresentar e discutir a medicalização da sexualidade masculina e seu significado no que diz respeito às relações de gênero.

**Palavras-chave:** sexologia; medicina sexual; disfunção erétil; sexualidade masculina; indústria farmacêutica

### **La Tercera Ola sexológica: Medicina Sexual y tratamiento “farmacológico” de la sexualidad**

**Resumen:** Este artículo se propone discutir el paso de la “segunda ola sexológica”, que surge a mediados del siglo XX, a una tercera fase representada por la Medicina Sexual, cuyo surgimiento data de la última década del siglo. Se analiza el surgimiento de la Medicina Sexual como parte de un proceso más amplio de “biologización” de las concepciones acerca de lo humano, ligado a una transformación importante del modo de acción y producción de la industria farmacéutica. Se abordarán dos puntos cruciales del paso de la “segunda sexología” a la Medicina sexual: la reconfiguración médica de la impotencia, a través de la construcción y difusión del diagnóstico de “disfunción erétil”, con sus efectos en la sexualidad masculina; y el cambio de foco, de la sexualidad femenina o de la pareja a la sexualidad masculina y sus consecuencias. El objetivo más amplio del artículo es presentar y discutir la medicalización de la sexualidad masculina y su significado, en lo que respecta a las relaciones de género.

**Palabras clave:** sexología; medicina sexual; disfunción erétil; sexualidad masculina; industria farmacéutica

### **The third sexological wave: Sexual Medicine and the pharmaceutical “treatment” of sexuality**

**Abstract:** This article discusses the passage of the “second sexological wave”, which emerged in the middle of the 20<sup>th</sup> century, to a third phase represented by Sexual Medicine, which came to light in the last decade of the 20<sup>th</sup> century. I analyze the emergence of Sexual Medicine as part of a broader process of “biologization” of the human, which was parallel to an important transformation in the mode of operation and production of the pharmaceutical industry. Two crucial points in the transition from the second sexology to Sexual Medicine will be addressed: the medical reconfiguration of impotence through the construction and dissemination of the diagnosis of “erectile dysfunction” and its effects on male sexuality; the changing of focus from female (or couple) sexuality to male sexuality and its consequences. The broader goal of the article is to present and discuss the medicalization of male sexuality and its significance regarding gender relations.

**Keywords:** sexology; sexual medicine; erectile dysfunction; male sexuality; pharmaceutical industry

## **A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade**

O processo de medicalização da sexualidade, cujo início pode ser datado de meados do século XIX, conheceu um longo desenvolvimento, com importantes transformações de foco, objeto e modo de intervenção. Passou-se de uma preocupação centrada nas sexualidades periféricas ao casal heterossexual (as chamadas “perversões”) – típica da primeira sexologia – para um foco no sexo marital, que vai caracterizar a sexologia do pós-guerra. Assistimos atualmente a um terceiro deslocamento marcado pelo surgimento e a consolidação da Medicina Sexual. Esse novo patamar da medicalização da sexualidade envolve uma mudança de objeto, na medida em que é em torno da sexualidade masculina e suas “disfunções” que a nova especialidade emerge. Outra importante transformação diz respeito ao modo de intervenção privilegiado pelos novos especialistas: as disfunções masculinas (e, por extensão, também as femininas) devem ser tratadas preferencialmente através de fármacos.

O objeto deste artigo são os deslocamentos operados pela Medicina Sexual no campo da antiga sexologia, levando a uma reconfiguração da masculinidade e a um fortalecimento da hierarquia de gênero. Para chegarmos a essa discussão, iniciaremos com um breve mapeamento dos primeiros movimentos da *scientia sexualis*.

### **A primeira e a segunda sexologia: das perversões ao orgasmo**

Conforme já discutido por diversos autores,<sup>1</sup> uma ciência da sexualidade surgiu na virada do século XIX para o XX na Europa, tendo na Alemanha seu principal centro de produção e difusão de conhecimento. Esta primeira sexologia sofreu um grave revés com a ascensão do nazismo nos anos 1930. Os sexólogos alemães foram perseguidos, encarcerados ou obrigados a buscar refúgio em outros países, e a sexologia europeia, de modo geral, foi seriamente afetada pela Segunda Guerra Mundial.

Voltada para a discussão em torno da chamada “inversão” e da lei antissodomia do código civil prussiano, essa primeira sexologia foi dominada pelo estudo das perversões, tendo como figuras de destaque Magnus Hirschfeld, Albert Moll, Havelock Ellis e Richard von Krafft Ebing, entre outros.

---

<sup>1</sup> Dentre os quais, Foucault (1977), Bullough (1997), Lantéri-Laura (1994) e Weeks (1995).

Hirschfeld e Krafft Ebing são exemplos de duas faces contrastantes da ciência que então se estruturava. Sendo ambos médicos, Hirschfeld representava a face mais política do movimento, então conhecido como Reforma Sexual. Krafft Ebing era um eminente psiquiatra, e notabilizou-se por codificar em seu livro *Psychopathia Sexualis*<sup>2</sup> as chamadas “perversões” sexuais. Nos dois casos tratava-se de trazer para o âmbito da medicina o que até então era questão do sistema judiciário. Hirschfeld propunha uma concepção naturalizada da inversão, não mais um crime ou depravação, mas um modo de constituição do sujeito, tão natural quanto qualquer outro. No caso de Krafft Ebing, através da patologização, objetivava-se não punir um comportamento delinquente, mas sim tratar um sujeito perturbado.

Apesar da diferença relevante entre um e outro ponto de vista, as trajetórias dos dois personagens tiveram pontos de contato. No fim da vida, Krafft Ebing assinou o manifesto contra a criminalização da sodomia de Hirschfeld, e os invertidos, ávidos leitores de seu livro,<sup>3</sup> terminam por considerá-lo um aliado.

Uma segunda sexologia teria surgido, segundo o já clássico artigo de André Béjin, entre 1922 e 1948. Em 1922, Wilhelm Reich teria descoberto a “verdadeira natureza da potência orgástica”<sup>4</sup> e, em 1948, Alfred Kinsey publicou *Sexual Behavior of the Human Male*. Segundo Béjin, é nesse período que a sexologia moderna circunscreveu e definiu seu problema central: o orgasmo.

O sexólogo (o “orgasmólogo”) contemporâneo se preocupa apenas de maneira secundária com o que poderíamos chamar de perissexualidade (contracepção, gravidez, aborto, doenças venéreas). Os “desvios”, as “perversões” sexuais não estão mais no centro de sua problemática e não poderiam, em sua opinião, justificar alarmes imoderados. No limite, para ele, pouco lhe importa o desvio, o alvo de sua caça é a disfunção. Sua missão imperiosa: a aniquilação dessas perturbações, por vezes irrisórias, mas frequentes, da sexualidade “comum” (Béjin, 1987:213).

Acredito, entretanto, não ser possível colocar no mesmo patamar de relevância o Reich de 1922 e o Kinsey após a publicação de seu primeiro livro. Embora Reich tenha sido um personagem importante para a construção de conhecimento e intervenções sobre a sexualidade, sua real influência só será sentida bem mais tarde, a partir do declínio da psicanálise e da ascensão das terapias pós-psicanalíticas. O trabalho de Kinsey, por seu lado, teve uma repercussão imediata memorável,

---

<sup>2</sup> Publicado inicialmente em 1886, teve 17 edições em língua alemã até 1924.

<sup>3</sup> Ver Oosterhuis (1997).

<sup>4</sup> Reich publica dois livros com o título *A função do orgasmo*, um em 1927 e outro em 1942.

implicando uma real inflexão no que até então se discutia sobre sexualidade (Robinson, 1977; Bullough, 2004; Gagnon, 2006).

Embora não possam ser localizados no campo da sexologia propriamente dita, os estudos de Kinsey mostraram-se extremamente relevantes para a discussão sobre a sexualidade “normal” (e como consequência, da “anormal”). De fato, o surgimento da segunda sexologia é bem representada pelo seu trabalho, e ocorre no pós-guerra.

Assiste-se, nesse momento, a um duplo descentramento: uma mudança geográfica (da Europa destruída pela guerra para os Estados Unidos) e uma transformação do objeto de atenção e intervenção (das “perversões” para a sexualidade “comum”). O abandono das antigas “perversões” é marcado pela disjunção entre sexualidade e reprodução. É necessário lembrar que a condenação dos perversos referia-se à busca do prazer sem o ônus da reprodução.<sup>5</sup> Quando, segundo Béjin, a sexologia se torna uma “orgasmologia”, a concepção que passa a tomar corpo é a de sexualidade autônoma, enquanto atividade que tem seu próprio objetivo – o prazer.

O marco dessa segunda sexologia é o trabalho de William Masters e Virginia Johnson,<sup>6</sup> que surgem no cenário acadêmico e terapêutico norte-americano entre o final dos anos 1960 e o início da década de 70.

É importante assinalar que esse é um período de questionamento e ruptura com os valores tradicionalmente associados à família nuclear e ao que ela implicava em termos de comportamento moral e circunscrição da sexualidade. A cultura da juventude radicalizou-se, transformando-se em “contracultura”, apontando para um descentramento da luta e dos questionamentos políticos. Surgem os movimentos das chamadas minorias, entre os quais se destacam o movimento feminista e o movimento gay. A palavra de ordem dessas diversas tentativas de transformação é “liberação” – e a esfera da sexualidade será um dos principais campos de embate e afirmação de um “novo mundo”.

As discussões em torno da sexualidade tomam, nesse momento, dois caminhos paralelos: de um lado, a intensa politização da sexualidade (pelos movimentos das minorias e pela contracultura) e, de outro, uma não menos intensa psico-medicalização da sexualidade (através da segunda sexologia inaugurada com os trabalhos de Masters e Johnson), isto é, ao mesmo tempo em que a sexualidade

---

<sup>5</sup> Para uma discussão desta questão, ver Lanteri-Laura (1994).

<sup>6</sup> William Masters, um médico ginecologista, professor da Washington University em Saint Louis, começou suas investigações sobre sexualidade ainda nos anos 1950. Em 1957 juntou-se a ele a psicóloga Virginia Johnson.

periférica ou “desviante” é objeto de intensa ação política, a sexualidade “normal” ou *mainstream* vai se tornando objeto de escrutínio e vigilância.<sup>7</sup>

Masters e Johnson, através de suas pesquisas – que implicavam observação, mensuração de homens e mulheres em interação sexual através de aparelhos especialmente concebidos para este fim – estabelecem a chamada “resposta sexual humana”. Tratava-se da constituição dos parâmetros de uma fisiologia sexual, a resposta sexual consistindo em um conjunto de sinais e medidas fisiológicas (fluxo sanguíneo, intumescimento de órgãos, mudança na coloração das mucosas, frequência cardíaca e respiratória etc.). A partir do estabelecimento dos parâmetros de uma fisiologia sexual “normal”, foi possível ao casal de pesquisadores definir o conjunto de “inadequações” sexuais de homens e mulheres e seu tratamento, objeto de seu segundo livro – *Human sexual inadequacies* – publicado em 1970.<sup>8</sup>

O sucesso do método Masters e Johnson foi notável. Segundo Janice Irvine, nos cinco anos posteriores à publicação de *Human sexual inadequacies* foram criadas entre 3.500 e 5.000 clínicas para o tratamento das “disfunções” sexuais nos Estados Unidos.<sup>9</sup> O tratamento proposto envolvia aprendizagem e treinamento do comportamento, isto é, apesar da concepção inteiramente orgânica da sexualidade, seu tratamento era psicológico e envolvia o casal (heterossexual). As tarefas e os exercícios prescritos deveriam ser realizados pelo casal, mesmo que a disfunção atingisse apenas um dos cônjuges.

O princípio terapêutico fundamental da Fundação é assim considerar a relação conjugal como o sujeito a ser tratado, por meio de seus dois componentes, que são o homem e a mulher. Em outras palavras, afirmamos que os problemas sexuais são os problemas da célula conjugal e não problemas pessoais de ou de outro membro do casal (Masters & Johnson, 1970:15 *apud* Giami, 2000:23).

Em outras palavras, a concepção de sexualidade, sendo eminentemente orgânica, era também relacional. Podemos, neste sentido, falar de uma “psico-medicalização” da sexualidade.

Uma transformação importante ocorre nos anos 1990 e na década seguinte. A concepção da “função sexual” (e, por conseguinte, da “disfunção”) como algo que diz respeito à relação entre duas pessoas é paulatinamente substituída por

---

<sup>7</sup> Discuto esta questão em um texto anterior (Russo, 2011).

<sup>8</sup> O primeiro livro (*Human sexual response*) foi publicado em 1966.

<sup>9</sup> Cf. Irvine (2005).

outra, em que tal função fica circunscrita ao funcionamento do aparelho genital.<sup>10</sup> Observa-se aí uma biomedicalização estrita da sexualidade fundada em uma concepção inteiramente orgânica do sexo.

Essa transformação corresponde ao surgimento e ao desenvolvimento da chamada Medicina Sexual, capitaneada pelos urologistas e pela indústria farmacêutica, centrada na disfunção sexual masculina por excelência: a “disfunção erétil”.

A impotência como questão médica

Segundo Wienke, embora durante séculos a impotência tivesse sido uma fonte de preocupação para os homens, apenas recentemente, a partir do surgimento da sexologia no século XIX, foi explicitamente definida e categorizada como um problema médico:

Prior to the late nineteenth century, impotence was often treated as an unwelcome experience, an unacceptable behavior, a personal trouble, an irregularity, even a sign of perversion. The focus was more on behavior than on organic sexual differences. [...] Only when impotence became redefined as a medical problem did people come to see it as a distinct, pathological condition associated with individual identity (Wienke, 2006:47).

De acordo com Giami (2000), no final do século XIX, o italiano Paolo Mantegazza, um dos pioneiros da sexologia, estabeleceu um “dinamômetro sexual” para avaliar os graus de ausência de potência genital no momento da velhice. Já no século XX, o psiquiatra Wilhelm Stekel, colaborador de Freud nos primórdios da psicanálise, formulou um conceito psicogênico de impotência, segundo o qual a maioria dos casos de impotência teria como ponto de partida problemas emocionais (Giami, 2000:22). A impotência sexual é então definida, portanto, como algo que diz respeito à totalidade do sujeito, remetendo-se a fatores situacionais e à sua história de vida.

Em 1961, Lombard Kelly, ex-presidente do Medical College of Georgia, propôs uma definição mais estritamente médica da impotência, definindo-a como a incapacidade de um homem “ter relações sexuais de maneira normal, com ereção e penetração, devido à sua incapacidade de ter ou manter uma ereção satisfatória”. Como chama a atenção Giami, essa definição de impotência refere-se à incapacidade do homem de manter *relações sexuais* e não à capacidade erétil em si.

De qualquer modo, com Kelly tem início um movimento para distinguir a impotência genital de acordo com sua causa (física, funcional ou psicogênica). O pau-

---

<sup>10</sup> Na verdade, do órgão genital masculino, como veremos adiante.

latino abandono do modelo psicanalítico, segundo Giami, faz com que o campo da impotência se inscreva nos processos de autonomização da esfera da sexualidade em relação aos outros domínios da condição humana (Giami, 2000:23).

Já no final dos anos 60, Masters e Johnson distinguem entre impotência primária (ausência total de ereção ou uma ereção muito breve e por isso incompatível com o ato sexual) e secundária (quando a ereção fracassa em 25% das tentativas de realização do coito).<sup>11</sup> Nesse mesmo texto, Masters e Johnson consideravam a etiologia psicogênica como a causa mais frequente dos dois tipos de impotência, além de reafirmarem a relação conjugal como o “sujeito a ser tratado”.

No decorrer dos anos 80 outros profissionais médicos – os urologistas – debruçaram-se sobre o problema da impotência, provocando uma importante mudança em todo o campo das terapias sexuais. A entrada dos urologistas no campo e a conseqüente transformação por eles provocada devem ser compreendidas como parte de dois fenômenos mais amplos que marcaram o final do século XX e que devem ser pensados de forma interligada. O primeiro pode ser descrito como a “remedicalização” (ou biologização) do psicológico, que se expressa de forma mais evidente no campo da psiquiatria. O segundo refere-se ao desenvolvimento e à reconfiguração dos processos de medicalização impulsionados pelas inovações tecnológicas da biomedicina, e pela expansão e a desregulamentação da indústria farmacêutica.

### O declínio do psicológico e a indústria farmacêutica

O surgimento e a intensa expansão da chamada “psiquiatria biológica” nos anos 80 coincidem com o declínio da visão psicológica / psicanalítica dos transtornos mentais, dentro de um cenário em que a busca pelos fundamentos biológicos do comportamento humano encontra-se em plena ascensão.<sup>12</sup>

A psiquiatria biológica se impõe à psiquiatria mundial através da publicação da terceira versão do DSM (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders), pela American Psychiatric Association em 1980. Conhecido como DSM III, é descrito por seus idealizadores como um manual “a-teórico”, baseado em princípios de visibilidade, mensurabilidade, e em critérios claros (porque objetivos e mensu-

---

<sup>11</sup> Masters & Johnson, 1970:147 *apud* Giami, 2000.

<sup>12</sup> Um dos maiores exemplos deste cenário é o surgimento e a difusão da sociobiologia de Edward Wilson a partir de 1975, e posteriormente o desenvolvimento e a popularização das pesquisas neurocientíficas e o grande impulso nos estudos da genética a partir do projeto Genoma Humano.



ráveis) de inclusão e exclusão, devendo-se esvaziar a nomenclatura de qualquer consideração etiológica. Entretanto, a afinidade com a concepção de uma etiologia biológica é bem clara, pois a objetividade *empírica* dos sinais e dos sintomas corresponde idealmente à objetividade *empírica* do substrato físico.<sup>13</sup>

A padronização do diagnóstico levada a cabo pelo DSM III não pode ser dissociada do notável desenvolvimento da indústria farmacêutica nesse mesmo período, especialmente no que diz respeito aos chamados psicofármacos. Nos anos 50 surgem os tranquilizantes, que se tornarão um grande sucesso de público, e mais para o final da década, os primeiros medicamentos voltados para a população internada em asilos – os antipsicóticos. É nos anos 60 e 70, no entanto, que os tranquilizantes e uma nova classe de medicamentos – os antidepressivos – conhecem uma intensa difusão entre o público consumidor dos países centrais (Healy, 1997).

Nesse período, a concepção psicológica / psicanalítica convivía em razoável harmonia com a psicofarmacologia. Acreditava-se que a terapia da palavra atingia as causas da perturbação, ao passo que o medicamento atuava sobre os sintomas, de forma somente superficial. É esta concepção – que diz respeito ao modo mesmo de conceber o funcionamento do sujeito – que vai se transformar na medida em que a indústria se sofisticava e lança novos compostos no mercado.

Segundo David Healy (1997), o evento-chave dessa transformação foi a Lei de 1962 que emendou o regulamento da Food and Drug Administration, poderosa agência americana responsável pelo licenciamento de novas drogas. De acordo com a emenda de 1962, só se pode licenciar um determinado composto para uma indicação precisa, fortalecendo a concepção de especificidade da doença. Os novos medicamentos devem ser testados para segurança e eficácia através de ensaios clínicos randomizados duplo-cegos. Para que um remédio seja comercializado, portanto, sua intervenção química deve ser mensurável em termos de sua eficácia em populações de pacientes comparáveis, daí a necessidade do desenvolvimento de diagnósticos padronizados (operacionalizáveis e objetiváveis). Andrew Lakoff se refere a um processo de ajustamento mútuo entre as drogas e os diagnósticos, ou seja, entre a especificidade dos remédios e a especificidade dos transtornos, o que exige novas definições de patologia e normalidade, com o intuito de se forjar uma

---

<sup>13</sup> Ou seja, a objetividade da nova ciência psiquiátrica deve se apoiar no que é concreto, empiricamente observável, quantificável e reproduzível através de exames e aparelhos, isto é, no que é passível de tradução pela linguagem da fisiologia, da neuroquímica ou da genética. *A objetividade do diagnóstico psiquiátrico é igual à objetividade do substrato fisiológico e orgânico*. Neste sentido, o “a-teoricismo” é de fato a adoção de uma teoria específica acerca das perturbações mentais. Sobre isso ver Russo e Venâncio (2006).

“consistent illness population”.<sup>14</sup> A padronização do diagnóstico psiquiátrico levada a cabo pelo DSM III é, neste sentido, uma conquista social e cognitiva, já que são aí produzidos novos objetos de conhecimento e novas formas de identidade.

Dentro da multiplicidade de categorias classificatórias surgidas com a nova versão do manual, chama a atenção o aumento do número de transtornos ligados à sexualidade, e a direção específica desse aumento.

Nas duas primeiras versões do Manual (DSM I e II), os transtornos ligados à sexualidade encontravam-se agrupados sob a rubrica “Desvios sexuais” e consistiam basicamente nas antigas perversões listadas no século XIX por Kraft Ebbing. Essa rubrica se localizava em um grupamento mais amplo chamado “Transtornos da Personalidade” (que incluíam as “sociopatias”, as “psicopatias” etc.). No DSM III ocorrem duas mudanças que denotam uma transformação importante na maneira de encarar as patologias vinculadas à sexualidade. Em primeiro lugar, os transtornos ligados à sexualidade deixam de ser considerados apenas como “desvios sexuais” e passam a se denominar “Transtornos Psicosexuais”, ou seja, passam a *incluir* as antigas “perversões”, mas constituem um universo mais amplo que elas. Em segundo lugar, esses transtornos deixam de ser um subgrupo dos “Transtornos de Personalidade”, passando a constituir um novo grupamento autônomo que não está incluído em nenhum outro grupo maior de transtornos. Dentro desse grupamento, dois novos conjuntos de transtornos surgem ao lado dos antigos desvios sexuais (agora chamados “parafilias”): os “transtornos da identidade de gênero” e as “disfunções sexuais” (além de uma categoria residual chamada “Outros transtornos psicosexuais”).

O abandono do termo “desvio” e a retirada dos transtornos ligados à sexualidade do grupamento “transtornos da personalidade” – uma zona cinzenta que acabava por agrupar um conjunto de comportamentos que permaneciam na fronteira entre a psicopatologia e a delinquência ou mesmo o crime, ou seja, transtornos muitas vezes infensos à intervenção psiquiátrica ou médica – indicam o aprofundamento da autonomização da esfera da sexualidade como lócus de medicalização. Até o DSM III, quando predominava um entendimento mais psicológico (ou mesmo psicanalítico) das perturbações mentais, a sexualidade era compreendida como uma esfera importante da vida, estando no cerne das chamadas “neuroses”, mas as suas “disfunções” (se existissem) eram vistas como parte de um problema psicológico mais abrangente. O surgimento de um grupo específico de transtornos denominado “transtornos sexuais” significa que é possível isolar a sexualidade das demais esferas da vida e tratá-la como tal.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Lakoff (2005).

<sup>15</sup> Desenvolvi este argumento em trabalho anterior (ver Russo, 2004).

Além do abandono do termo “desvio”, é digno de nota o surgimento do subgrupo “disfunções sexuais”, classificadas segundo o “ciclo de resposta sexual” proposto por Masters e Johnson, cujas fases (desejo, excitação, orgasmo e resolução) corresponderiam a transtornos específicos. É importante lembrar que o DSM III foi elaborado por uma “força tarefa” entre 1974 e 1979<sup>16</sup>, momento de difusão e florescimento da segunda onda sexológica capitaneada pelos ensinamentos de Masters e Johnson.

O DSM III marca, portanto, além de uma importante virada biológica no modo de conceber os transtornos mentais, a “oficialização” da visão sexológica acerca dos desvios da sexualidade “normal”. Embora as antigas perversões permaneçam no manual sob a rubrica das “parafilias”, a importante reorientação implicada pela sexologia da época coloca as “disfunções” como problema médico e psiquiátrico relevante. O surgimento “oficial” do diagnóstico de “disfunção sexual” pode ser compreendido, portanto, como parte do fenômeno mais amplo de “biologização” de comportamentos e formas de ser que antes eram vistos como pertencentes à esfera psicológica.

Aprofundando as análises de Healy e Lakoff, é importante assinalar que a biologização do comportamento humano que marcou o advento da nova classificação de transtornos mentais foi concomitante ao desenvolvimento da indústria farmacêutica tal como a conhecemos hoje. De fato, o ano da publicação do DSM III – 1980 – é apontado por Márcia Angell como um divisor de águas para a indústria farmacêutica. Segundo a autora, “De 1960 a 1980, as vendas de medicamentos vendidos sob prescrição médica eram bastante estacionárias como percentual do produto interno bruto dos EUA; mas entre 1980 e 2000, elas triplicaram” (Angell, 2007:19). Devido a esse salto sem precedentes, a partir do início da década de 1980 a indústria farmacêutica esteve entre as mais lucrativas dos Estados Unidos. À desregulamentação da economia promovida pelos governos Reagan de 1980 em diante somou-se uma série de leis que facilitaram enormemente a articulação entre as pesquisas realizadas em universidades e as empresas encarregadas de colocar no mercado os produtos das pesquisas. Ainda de acordo com Angell, o etos das faculdades de medicina transformou-se inteiramente, na medida em que elas passaram a se ver como parceiras da indústria, mostrando grande entusiasmo com as oportunidades de transformar suas descobertas em ganhos financeiros.

As transformações a que Angell se refere dizem respeito a uma transformação do próprio sistema capitalista, marcada pela “reaganomics” e pelo “tatcherismo”

---

<sup>16</sup> É importante assinalar que Helen Kaplan, continuadora do trabalho de Masters e Johnson, fez parte da força tarefa do DSM III.

conjugados à crise do bloco socialista. A essa reorientação econômica correspondem mudanças no campo dos valores e dos ideais: uma espécie de “virada sociopolítica”, com importantes consequências do ponto de vista das concepções de pessoa e gênero, e na qual se insere a reorientação biológica (e farmacológica) à qual me referi acima. Alguns chamam esse momento de *backlash* conservador, que se segue como reação ao ideal transformador do final dos anos 60 e início dos 70. Segundo este ideal, a *nurture* (ambiente, educação, socialização) era enfatizada, o que apontava para possibilidades ilimitadas de mudanças de si mesmo e do mundo. Aos poucos esse ideal vai sendo substituído por uma afirmação da base biológica dos comportamentos de modo geral (aí incluídos sentimentos, desejos, humor, características pessoais etc.). Isso não quer dizer que tais comportamentos sejam imutáveis, porque fundados na biologia, mas sim que sua transformação não ocorre a partir de ações políticas ou da vontade do sujeito ou da sociedade, mas através da ação de um ou mais especialistas (da medicina), pois trata-se de intervir sobre a fisiologia do corpo.

O modelo de Masters e Johnson, apesar de toda a sua ancoragem em uma fisiologia da “resposta sexual”, articulava ginecologia e psicologia. Centrado no casal, era feminino e relacional na sua essência, e tinha na busca do orgasmo seu principal objetivo: ensinar os casais a obterem prazer nos relacionamentos sexuais. Ou seja, embora implicasse uma intensa naturalização da sexualidade, seus objetivos não eram de todo estranhos à “revolução sexual” do período ou mesmo aos anseios feministas por uma maior liberdade sexual.<sup>17</sup> A medicina sexual envolveu vários descentramentos em relação a esse modelo: da sexualidade feminina (de que cuida a ginecologia) para a masculina (de que cuida a urologia); do orgasmo para a ereção; de uma concepção relacional/psicológica para uma visão estritamente orgânica e genital. Tentarei, nos itens que se seguem, discutir algumas implicações desses descentramentos.

### **Medicina sexual: a construção da disfunção erétil e seu tratamento**

É no duplo contexto queo descrito acima – ressurgimento e consolidação de uma leitura organicista do qque antes era da esfera do psicológico e surgimento da indústria farmacêutica moderna – que todo um campo de estudos e intervenção médica em torno da impotência masculina se estrutura, sob a coordenação de urologistas.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Sobre a possível sintonia entre a teoria de Masters e Johnson e o feminismo, ver Robinson (1977).

<sup>18</sup> A urologia até então era praticamente um ramo da cirurgia e, segundo Tiefer (2006), o surgimento de técnicas menos invasivas foi restringindo o campo profissional dos urologistas, que viram no tratamento das disfunções sexuais masculinas uma oportunidade para expandir sua clínica.

Assiste-se, assim, no decorrer dos anos 1980, a um aumento do número de pesquisas e artigos científicos sobre as disfunções sexuais masculinas e seu tratamento. Leonor Tiefer identifica, nos Estados Unidos, uma reorientação medicalizante em torno do estudo e da terapêutica da impotência já no final dos anos 70 quando, em 1978, um grupo de urologistas e outros médicos promoveram um encontro em Nova York que tinha como tema a fisiologia da ereção. Outros encontros se sucederam e, em 1982, foi fundada a International Society for Impotence Research (ISIR), espalhando filiais em vários continentes<sup>19</sup> (Tiefer, 2006:284). A ela se seguiu a fundação do *International Journal for Impotence Research* (hoje *International Journal of Sexual Medicine*).

Um evento marcante nesse processo ocorreu no Congresso Americano de Urologia de 1983, com a performance pública de um médico fisiologista britânico, Dr. Giles Brindley, que mostrou a uma audiência atônita seu pênis ereto após tê-lo injetado com fenoxibenzamina (Marchall & Katz, 2002:54; Tiefer, 2006:284). O fato reforçou uma concepção da ereção como evento puramente fisiológico, destacado de qualquer preocupação com fundamentos psicológicos ou sociais.

É assim que a concepção psicogênica da impotência tende a ser abandonada, fazendo-se necessária uma mudança na própria categoria diagnóstica que, conforme a análise de Lakoff, deve ser “operacionalizável”. A categoria impotência, com seu forte peso simbólico e a tendência de abarcar o sujeito como um todo, é paulatinamente abandonada em favor do termo “disfunção erétil”. Esta é definida como

A incapacidade persistente de conseguir ou manter uma rigidez suficiente na ereção para ter uma relação sexual. O grau de disfunção erétil é variável e pode se situar entre uma redução parcial da rigidez peniana ou da incapacidade em manter a ereção e uma falta completa de ereção. Esta definição é limitada à capacidade erétil do pênis e não inclui os problemas de libido, distúrbios da ejaculação ou do orgasmo (Krane *et al.*, 1989:1656).

Vemos que a definição não inclui qualquer consideração psicológica (ou situacional), distanciando-se das abordagens anteriores. Do mesmo modo é abandonada qualquer referência à relação de parceria que, como vimos, era a própria base do tratamento proposto por Masters e Johnson.

Ao mesmo tempo, o fato de existirem graus de disfunção erétil (da mais leve à

---

<sup>19</sup> No Brasil, a ABEI (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência) foi fundada, também majoritariamente por urologistas, em 1987. A ISIR passou a se chamar International Society for Sexual and Impotence Research (ISSIR) em 2000, e International Society for Sexual Medicine (ISSM) em 2004. A ABEI mudou, em 2003, a sua denominação para Associação Brasileira para o Estudo das Inadequações Sexuais (ABEIS).

mais severa) descortina a possibilidade de um número expressivo de homens poder ser incluído (ou se incluir) no diagnóstico.

De fato, no final dos anos 1980, um extenso estudo foi conduzido por Irwin Goldstein e o chamado “grupo de Boston”.<sup>20</sup> Financiado por agências federais, esse estudo epidemiológico com homens acima de 40 anos – Massachusetts Male Aging Study (MMAS) – concluiu que mais de 50% da população masculina com mais de 40 anos sofria de disfunção erétil, o que implicou um aumento considerável na prevalência do distúrbio. Curiosamente, quando os resultados são apresentados de forma segmentada, descobrimos que a categoria mais representativa é a impotência moderada (25,2%), seguida pela impotência mínima (17,2%) e pela impotência completa (9,6%). Se levarmos em conta as faixas de idade, os números se complexificam um pouco mais, com a impotência completa sendo prevalente entre os homens com mais de 60 anos.<sup>21</sup> Essas diferenciações, entretanto, são normalmente deixadas de lado quando o MMAS é citado como fonte para a informação de que mais de 50% da população masculina sofrem de disfunção erétil.

Os esforços dos urologistas na busca por um tratamento estritamente médico – isto é, não psicológico – da impotência é recompensado no início dos anos 1990, quando têm início os testes clínicos do citrato de sildenafil (ou sildenafil). A molécula foi patenteada em 1996 pelo laboratório Pfizer com o nome de Viagra e, em 1998, a Food and Drug Administration liberou o composto para comercialização. Coroando todo esse processo, em 1999 uma *Consulta Internacional sobre disfunção erétil* foi realizada em Paris, sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Sociedade Internacional de Urologia.

Assim, com o lançamento de uma droga específica, que logo será seguida de outras,<sup>22</sup> e o endosso da OMS, a disfunção erétil transforma-se em uma categoria diagnóstica “oficial” para a qual existe um tratamento (farmacológico) também “oficial”.

A antiga distinção entre impotência psicogênica e orgânica perde toda a relevância na medida em que as pesquisas em torno dos novos medicamentos vão

---

<sup>20</sup> Irwin Goldstein foi durante 25 anos professor da Boston University School of Medicine. É editor chefe do *Journal of Sexual Medicine* e pode ser considerado como a grande liderança dos estudos acerca da disfunção erétil. Hoje em dia, dedica-se ao estudo das disfunções femininas.

<sup>21</sup> Ver Feldman *et al.* (1994:55).

<sup>22</sup> Em 2003, a Bayer lançou o Levitra (Vardenafil), que seria comercializado também por outros laboratórios com o nome Vivanza. No mesmo ano, a Eli Lilly lançou o Cialis (tadalafil). No Brasil, o laboratório Cristália lançou em 2008 o carbonato de Iodenafil, comercializado com o nome Helleva. Nos três casos trata-se da mesma classe de compostos a que pertence o sildenafil (sobre as diferenças entre os medicamentos e os argumentos usados pelo marketing dos laboratórios, ver Faro *et al.*, no prelo).

“confirmar” que os mesmos “funcionam” independente da etiologia da disfunção. Subjacente está a ideia de que, uma vez “reparada” a fisiologia da ereção, todos os problemas relacionados à performance sexual serão resolvidos, ou seja, conforme afirma Leonor Tiefer, o pênis transforma-se no cliente da consulta médica.<sup>23</sup>

Resta a pergunta: por que os urologistas e por que, nesse momento, a impotência (transformada em disfunção erétil)? Por que a capacidade erétil do órgão sexual masculino se torna fonte de cobiça para várias empresas farmacêuticas? O interesse econômico, evidentemente, desempenha um papel relevante em todo esse processo (e, portanto, no surgimento da Medicina Sexual). Mas é importante assinalar que o interesse urológico por um tratamento orgânico da impotência é bem anterior ao lançamento do Viagra e à sua transformação em um *blockbuster* farmacológico, como testemunham a injeção do Dr. Brindley, os testes com Óxido Nítrico (NO) e as próteses penianas. No item que se segue procurarei discutir respostas possíveis a tais perguntas.

### Um reempoderamento masculino?

Já há um conjunto de trabalhos que discutem o Viagra, seu lançamento e incrível sucesso como um importante fenômeno cultural.<sup>24</sup> Barbara Marshall e Stephen Katz, nos trabalhos que publicaram sobre o tema, ressaltam como a difusão e o estabelecimento do novo diagnóstico de disfunção erétil, acoplado a seu tratamento medicamentoso, se articulam a uma redefinição do envelhecimento de um modo geral, e do masculino em particular.<sup>25</sup> A concepção tradicional da velhice como uma fase normal da vida em que a atividade sexual necessariamente passa para segundo plano tende a ser abandonada em favor de uma velhice vigorosa, em que o desempenho sexual possui um papel crucial<sup>26</sup> – não apenas como sinal de saúde, mas também como modo de combater as mazelas da velhice, isto é, ao mesmo tempo em que uma vida sexual ativa e prazerosa pode prevenir o declínio relacionado à idade, a sua ausência pode indicar a presença de enfermidades ou desequilíbrios fisiológicos. Vende-se, desse modo, a necessidade da manutenção de uma vida sexual “plena” em todas as idades.

---

<sup>23</sup> Tiefer (2006:285).

<sup>24</sup> Além dos trabalhos de Stephen Katz e Barbara Marshall e de Meika Loe, ver, entre outros, Mamo & Fishman (2001), Tiefer (2006), Vares & Brown (2006), Azize & Araujo (2003).

<sup>25</sup> Marshall & Katz (2002), Marshall (2002), Katz & Marshall (2004).

<sup>26</sup> Para uma discussão deste tema no Brasil, ver Debert & Brigeiro (2012).

Tal processo insere-se num movimento mais amplo de reconfiguração da velhice como uma espécie de deficiência que é passível de reparação pela biotecnologia. Além das drogas voltadas para a chamada disfunção erétil (DE), a terapia de reposição hormonal, que por mais de quatro décadas faz parte do mundo feminino, chega agora ao universo masculino, através do lançamento e da difusão de diagnósticos, como andropausa, deficiência androgênica do envelhecimento masculino (DAEM) ou hipogonadismo tardio, aprofundando a ideia do envelhecimento como deficiência a ser retificada.<sup>27</sup>

Ao lado dessa reconfiguração do envelhecimento como deficiência reparável, há um outro fenômeno que deve ser levado em conta no estudo do lançamento e da difusão da dupla DE/Viagra: a crise da masculinidade. Objeto de artigos na imprensa leiga, normalmente queixosos do excesso de poder feminino no mundo contemporâneo, uma suposta “crise da masculinidade” é ponto de reflexão de Meika Loe, que pesquisou extensamente o fenômeno Viagra.<sup>28</sup>

É possível localizar a emergência de tal crise nas transformações sociais e culturais do pós-guerra, em especial após os anos 60, que envolveram importantes mudanças ocorridas na organização da família e na posição social da mulher. O surgimento do segundo feminismo e do movimento gay representou um golpe na chamada masculinidade hegemônica,<sup>29</sup> levando a uma confusão acerca da definição canônica da masculinidade.

Ao mesmo tempo, o lançamento no mercado da pílula anticoncepcional, segundo Loe, aprofundou de modo intenso as transformações descritas acima. Ao remover os obstáculos que mantinham a dupla moral sexual, a pílula teria transformado as mulheres em “consumidoras críticas da performance masculina” (Loe, 2004:13), aumentando a ansiedade do homem heterossexual sobre a sua masculinidade.

A partir da ideia de uma “crise da masculinidade”, Loe refere-se a *recovery movements*, cujo intuito é recuperar algum grau de “empoderamento” no que diz respeito à masculinidade hegemônica.

---

<sup>27</sup> Marshall (2007), Hoberman (2005), Hepwood & Featherstone (1999), Szymczac & Conrad (2006), Rohden (2011a, 2001b).

<sup>28</sup> Cf. Loe (2001, 2004, 2006).

<sup>29</sup> Expressão cunhada por Raewyn Connell. Masculinidade hegemônica é definida como “a configuração de práticas genéricas que encarnam a resposta correntemente aceita do problema da legitimidade do patriarcado, a que garante (ou se toma para garantir) a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres” (Connell, 1997:39). A existência de um modelo hegemônico de masculinidade pressupõe a existência de outras formas de ser masculino, subalternas ou marginais.



With work, politics and family no longer viable arenas for proving masculinity, new sites for recovering male power and control have emerged in the past several decades, including Christian revival meetings, the gym, exclusionary men's clubs, and wilderness retreats (Loe, 2006:28).

A era Viagra representaria o surgimento de um novo tipo de *recovery movement* – um movimento de recuperação da masculinidade – baseado em um remédio, ao mesmo tempo em que o corpo masculino reemerge como lócus de confiança e controle.

De fato, o Viagra e remédios semelhantes podem ser vistos como drogas voltadas para a melhoria ou a intensificação (*enhancement*) da masculinidade. É digno de nota que, em meio a uma intensa batalha política e moral pela redefinição das relações de gênero, batalha esta que girava justamente em torno do poder de definição e barganha do homem branco e heterossexual,<sup>30</sup> vemos surgir um não menos intenso investimento (científico e financeiro) na restauração ou na melhoria da *potência sexual masculina*.

A definição orgânica da potência sexual, deixando de lado considerações sociais ou morais, retira-a do campo de embate propriamente político em torno das definições de gênero. Desse modo, a confusão ou a ansiedade masculina em torno da sua perda de poder (social, político) pode ser traduzida em termos médicos como perda de potência. Essa tradução fisicalizante dos embates de gênero, proporcionada por urologistas e pela indústria farmacêutica, fornece uma saída para o “problema da potência”.

Há vários deslizamentos aí:

- Do homem “desempoderado” ou em crise para o homem impotente.
- Da definição política (dessa impotência) para uma definição médica.
- De impotência (definição que remete à crise mais geral) para disfunção erétil (definida em termos estritamente orgânicos).

Da possibilidade de restauração/ intensificação da função erétil para a restauração/ intensificação da potência (entendida em sentido mais amplo).

Neste sentido, o reempoderamento masculino vai passar necessariamente pela biomedicalização da sexualidade masculina, o que acarretará transformações importantes na própria definição dessa sexualidade.

---

<sup>30</sup> A definição pela orientação sexual e pela cor da pele é, sem dúvida, insuficiente, já que diversos outros marcadores de *status* social (como a profissão, a escolaridade, o estado civil, a trajetória social etc.) complexificam todo o quadro. Escolho, no entanto, essa forma simplificada para indicar, sem grande precisão, o representante da “masculinidade hegemônica”.

É importante ressaltar que se trata de um reempoderamento *sui generis*, que envolve, paradoxalmente, a submissão ao discurso e à *expertise* dos especialistas. Ou seja, o reempoderamento oferecido por urologistas e pela indústria farmacêutica implica um grau de medicalização (e, por consequência, de fragilização) que aproxima o corpo masculino do feminino – sempre objeto de cuidados e vigilância.<sup>31</sup> Nesse processo, toda a expectativa dos homens em relação à sua performance sexual tende a se transformar. Em parte como uma reação à existência de medicamentos que “restauram” ou “intensificam” a função erétil de qualquer homem, os padrões de performance sexual são modificados em favor de um funcionamento “melhor que o normal”. A imprevisibilidade do órgão sexual masculino deve ser superada para que seja possível ao homem comum atingir a performance ideal.

Ao mesmo tempo, ao empurrar as fronteiras da performance sexual em direção a uma performance ideal (por definição inatingível), os medicamentos acabam por estabelecer novos padrões para o funcionamento sexual que irão produzir um incontável número de homens “disfuncionais”. Neste sentido, os medicamentos acabam, como sempre, por produzir mais necessidade deles mesmos.

De fato, analisando as estratégias de marketing dos dois concorrentes do Viagra – Cialis e Levitra – Chris Wienke afirma que se procura transmitir a ideia de remédios que restauram e *melhoram* o funcionamento “natural”, apresentando os medicamentos como uma tecnologia “mais natural que o natural” (Wienke, 2006:56). Buscando ir além dos objetivos colocados pelo Viagra (restauração da função erétil), o marketing das novas drogas enfatiza a *satisfação sexual*. Não se trata mais de uma “disfunção”, categoria que remete a uma concepção negativa de doença ou perturbação do funcionamento normal, mas de *qualidade erétil*, ou seja, trata-se, como falava Peter Kramer sobre o Prozac, de ficar “melhor do que bem”.

## Conclusão: medicina sexual e hierarquia de gênero

A busca da performance erétil ideal fomentada pela medicina sexual e pelos medicamentos que ela difunde intensifica tanto as concepções tradicionais de gênero quanto a hierarquia de gênero.

A masculinidade é garantida pelo comportamento do pênis e por sua capaci-

---

<sup>31</sup> Sabe-se que a mulher é cliente tradicional da medicina, ao passo que a resistência masculina aos cuidados médicos e à atenção à saúde de um modo geral é vista hoje em dia como altamente problemática. Esta questão mereceria uma discussão aprofundada que não poderei realizar no âmbito deste trabalho, mas remeto a um trabalho anterior (Carrara, Russo & Faro, 2009) em que o tema é discutido.

dade de penetração. Por contraste, a mulher (e o homem “efeminado”) se define pelo desejo de (ou prontidão para) ser penetrada/o. A atividade é masculina, a passividade feminina. A oposição hierárquica básica que constitui as concepções mais tradicionais de sexo/gênero está aí colocada (ver Fry, 1982).

Essa intensificação da hierarquia de gênero surge no embate entre as profissões que compõem o campo sexológico, observando-se um deslocamento que é ao mesmo tempo de gênero e profissional.

Como argumentei mais acima, a segunda onda sexológica, calcada em Masters e Johnson, alicerçava-se numa aliança entre a ginecologia-obstetrícia e a psicologia. Essa aliança apontava para um foco preferencial na mulher (ou na relação), e para uma compreensão mais totalizante e subjetiva (mais moral que física) da sexualidade, o que correspondia a certa dispersão e heterogeneidade do campo – que congregava profissionais diversos (além de médicos e psicólogos) e incluía questões relativas ao esclarecimento e à educação sexual, e mesmo alguma discussão acerca dos aspectos sociais ou culturais do comportamento sexual. Um campo que, pelo perfil mais tradicionalmente feminino das profissões que o compunham, congregava um número grande de mulheres. Os partidários da medicina sexual – em sua maioria urologistas homens – tendem a pressionar o que até então havia funcionado como campo mais disperso em termos de definições e demarcações de fronteiras, a se transformar num corpo com fronteiras claras entre as diferentes atribuições e funções.<sup>32</sup>

Evidentemente, as disputas e as alianças entre os representantes da segunda onda sexológica e os urologistas (representantes da medicina sexual) não se dão apenas no campo das ideias e de posições mais ou menos medicalizantes, mas se articulam fortemente ao poder de definição da indústria farmacêutica. Esse poder diz respeito, é claro, ao direcionamento das pesquisas por meio do seu financiamento, mas também à promessa do respaldo científico – porque embasado no funcionamento concreto e mensurável do corpo – que deverá substituir a tendência mais “intuitiva” e menos “objetiva”, dos/as psicólogos/as e ginecologistas. Ou seja, se o ganho financeiro é a parte mais visível da história, o ganho simbólico é perceptível no estilo de se apresentar, nas comunicações feitas nos congressos, nos *slides* repletos de detalhes anatômicos ou de tabelas. Assim, através de sua “farmacologização”, o sexo torna-se algo objetivo, concreto, mensurável (pela ciência). E, de preferência, masculino (porque sendo masculino é mais objetivo e, portanto, mais científico).

---

<sup>32</sup> Para uma discussão sobre a hierarquia de gênero no campo da sexologia, ver Rohden & Russo (2011).

Alguns deslizamentos podem ser aí observados: a sexualidade masculina é mais redutível a uma leitura biológica e, desta forma, científica. Porque o homem é, ele mesmo, mais passível de ser objetivado, menos comprometido por sua constituição física e mental, também por isso sendo o sujeito da ciência por excelência (é quem faz ciência “séria”). A mulher é menos passível de uma objetivação científica, nos dois sentidos – enquanto sujeito e objeto, impedida por sua constituição físico-moral – que a torna um objeto excessivamente complicado (para uma ciência objetiva) e um sujeito parcialmente incapacitado (para a objetividade da ciência).

Deste modo, a sexologia, transformando-se em Medicina Sexual em seu afã de tornar-se científica, reforça, com suas novas práticas e novos conhecimentos, a velha hierarquia de gênero que aproxima o masculino da objetividade e da visibilidade, e o feminino da subjetividade e do mistério, corroborando a visão freudiana do início do século XX, que via na sexualidade feminina o “continente negro” quase impossível de ser explorado.

## Referências bibliográficas

- ANGELL, Marcia. 2007. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Record. 319 p.
- AZIZE, Rogério L. & ARAÚJO, Emanuelle S. 2003. “A pílula azul: uma análise de representações sobre masculinidade em face do Viagra”. *Antropolítica*. Nº 14, p. 133-151.
- BÉJIN, André. 1987. “Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos”. In: ARRIÉS, P. & BÉJIN, A. (eds.). *Sexualidades ocidentais*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Brasiliense. 254 p.
- BULLOUGH, Vern L. 1994. *Science in the bedroom – a history of sex research*. Nova York: Basic Books. 376 p.
- BULLOUGH, Vern L. 2004. “Sex will never be the same: the contributions of Alfred C. Kinsey”. *Archives of sexual behavior*. Junho de 2004. Vol. 33 (3), p. 277-286.
- CARRARA, Sergio; RUSSO, Jane. A. & FARO, Livi. 2009. “A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino”. *Physis – revista de saúde coletiva*. Vol. 19, nº 3, p. 659-678.
- CONNELL, Robert W. 1997. “La organización social de la masculinidad”. In: VALDÉZ, T. & OLIVARRÍA, J. (eds.). *Masculinidad/les – poder y crisis*. FLACSO – Chile: Isis Ediciones de las mujeres, nº 24, p. 31-48.
- DEBERT, Guita & BRIGEIRO, Mauro. 2012. “Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 27, nº 80, p. 37-54.
- FARO, Livi; CHAZAN, Lilian K.; ROHDEN, Fabíola & RUSSO, Jane. 2013. “Homem com H: ideais de masculinidade (re)construídos no marketing farmacêutico”. *Cader-nos Pagu*. No prelo.
- FELDMAN, H.; GOLDSTEIN, I. & HATZICHRISTOU, D. 1994. “Impotence and its medical and psicosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study”. *The Journal of Urology*. Vol. 151, nº 1, p. 54-61.
- FOUCAULT, Michel. 1977. *História da Sexualidade*. 1ª ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Graal. 152 p.
- FRY, Peter. 1982. “Da hierarquia à igualdade: a construção histórica da homossexualidade no Brasil”. In: FRY, P. (ed.). *Para inglês ver: Identidade e política na cultura brasileira*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar. 134 p.
- GAGNON, John. 2006. “Reconsiderações: os relatórios Kinsey”. In: GAGNON, J. *Uma interpretação do desejo – ensaios sobre o estudo da sexualidade*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Garamond. 455 p.
- GIAMI, Alain. 2000. “Socioepidemiologia da impotência masculina: evolução dos conceitos nosográficos e dos dados epidemiológicos”. *Terapia sexual – clinica, pesquisa e aspectos psicossociais*. Vol. 3, nº 2, p. 18-38.
- GIAMI, Alain. 2009. “Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da

- sexualidade.” *Physis – revista de saúde coletiva*. Vol. 19, nº 3, p. 637-658.
- HEALY, David. 1997. *The anti-depressant era*. Cambridge: Harvard University Press. 317 p.
- HEPWORTH, Mike & FEATHERSTONE, Mike. 1999. “The male menopause: lay accounts and the cultural construction of midlife”. In: NETTLETON, S. & WATSON, J. (eds.). *The body in everyday life*. 1ª ed. London: Rutledge. 320 p.
- HOBBERMAN, John. 2005. *Testosterone Dreams: rejuvenation, aphrodisia, doping*. 1ª ed. Berkeley, Los Angeles: University of California Press. 379 p.
- IRVINE, Janice. 2005. *Disorders of desire: sexuality and gender in modern sexology*. 1ª ed. Philadelphia: Temple University Press. 304 p.
- KATZ, Stephen & MARSHALL, Barbara L. 2004. “Is the functional ‘normal’? Aging, sexuality and the bio-marking of successful living”. *History of the Human Sciences*. Vol. 17, nº 1, p. 53-75.
- KRANE, R.; GOLDSTEIN, I. & SAENZ DE TEJADA, I. 1989. “Impotence”. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 321, nº 24, p. 1648-1659.
- LAKOFF, Andrew. 2005. *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*. New York: Cambridge University Press. 206 p.
- LANTÉRI-LAURA, GEORGE. 1994 [1979]. *Leitura das perversões: história de sua apropriação médica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 180 p.
- LOE, Meika. 2001. “Fixing broken masculinity: Viagra as a technology for the production of gender and sexuality”. *Sexuality and culture*. Vol. 5, nº 3, p. 97-125.
- LOE, Meika. 2004. *The rise of Viagra – how the little blue pill changed sex in America*. New York: New York University Press. 280 p.
- LOE, Meika. 2006. “The Viagra blues: embracing or resisting the Viagra body”. In: ROSENFELD, D. & FAIRCLOTH, C. (eds.). *Medicalized Masculinities*. Filadélfia: Temple University Press. 263 p.
- MAMO, Laura & FISHMAN, Jennifer R. 2001. “Potency in all the right places: Viagra as a technology of the gendered body”. *Body and society*. Dezembro de 2001. Vol. 7, nº 4, p. 13-35.
- MARSHALL, Barbara L. 2006. “The new virility: Viagra, male aging and sexual function”. *Sexualities*. Julho de 2006. Nº 9 (3), p. 345-362.
- MARSHALL, Barbara L. 2002. “Hard science: gendered construction of sexual dysfunction in the Viagra age”. *Sexualities*. Maio de 2002. Nº 5 (2), p. 131-158.
- MARSHALL, Barbara L. 2007. “Climateric redux?: (re)medicalizing the male menopause”. *Men and masculinity*. Abril de 2007. Nº 9 (4), p. 509-529.
- MARSHALL, Barbara L. & KATZ, Stephen. 2002. “Forever functional: sexual fitness and the ageing male body”. *Body & Society*. Dezembro de 2002. Nº 8 (4), p. 43-70.
- OOSTERHUIS, Harry. 1997. Richard von Krafft-Ebing’s “Step-children of nature”: psychiatry and the making of homosexual identity. In: VERNON, R. (org.). *Science and homosexuality*. New York: Rutledge. 308 p.

- ROBINSON, Paul A. 1977. *The modernization of sex*. Nova York: Harper and Row. 224 p.
- ROHDEN, Fabiola. 2011a. “O homem é mesmo a sua testosterona”: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro”. *Horizontes Antropológicos*. Vol. 17, nº 35, p. 161-196.
- ROHDEN, Fabiola. 2012b. “A ‘criação’ da andropausa no Brasil: articulações entre ciência, mídia e mercado e redefinições de sexualidade e envelhecimento”. *Psycologia, conocimiento y sociedad*. Nº 2 (2), p. 196-219.
- ROHDEN, Fabiola & RUSSO, Jane A. 2011. “Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições”. *Revista de Saúde Pública*. Junho de 2011. Nº 45 (4), p. 722-729.
- RUSSO, Jane A. 2004. “Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea”. In: PSCITELLI, A.; GREGORI, M. F. & CARRARA, S. (eds.). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond. 447 p.
- RUSSO, Jane A. & VENANCIO, Ana T. 2006. “Classificando as pessoas e suas perturbações: a ‘revolução terminológica’ do DSM III”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Setembro de 2006. Nº 9 (3), p. 460-483.
- RUSSO, Jane A. & VENANCIO, Ana T. 2011. “O campo da sexologia e seus efeitos sobre a política sexual”. In: CORREA, Sonia & PARKER, Richard (eds.). *Sexualidade e Política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos*. Rio de Janeiro: ABIA. 383 p.
- SZYMCZAC, Julia E. & CONRAD, Peter. 2006. “Medicalizing the aging male body: andropause and baldness”. In: ROSENFELD, D. & FAIRCLOTH, C.A. (eds.). *Medicalized Masculinities*. Philadelphia: Temple University Press. 263 p.
- TIEFER, Leonor. 2006. “The Viagra phenomenon”. *Sexualities*. Julho de 2006. Nº 9 (3), p. 273-294.
- VARES, Tiina & BRAUN, Virginia. 2006. “Spreading the word, but what word is that? Viagra and male sexuality in popular culture”. *Sexualities*. Julho de 2006. Nº 9 (3), p. 315-322.
- WEEKS, Jeffrey. 1995 [1985]. “Nature had nothing to do with it: the role of sexology”. In: WEEKS, J. *Sexuality and its discontents*. Londres, Nova York: Routledge.
- WIENKE, Chris. 2006. “Sex the natural way: the marketing of cialis and levitra”. In: ROSENFELD, D. & FAIRCLOTH, C.A. (eds.). *Medicalized Masculinities*. Philadelphia: Temple University Press. 263 p.