

# Homem com “H”.

## Ideais de masculinidade (re)construídos no *marketing* farmacêutico\*

Livi Faro *et alii*\*\*

### Resumo

Neste artigo utilizamos material publicitário de drogas para tratamento da “disfunção erétil” para analisar os discursos do *marketing* farmacêutico. Num ciclo de realimentação, as propagandas voltadas aos médicos veiculam novas concepções relacionadas a categorias nosológicas, enquanto reforçam noções tradicionais de gênero/sexualidade. A sexualidade masculina, tradicionalmente representada como “selvagem”, “incontrolável”, é (re)normatizada. O “novo homem” biomedicalizado, sexualmente potente, confiante e rígido é um produto híbrido corpo-tecnologia, na fronteira esfumada entre natureza e cultura.

**Palavras-chave:** Biomedicalização, Masculinidades, Gênero, Sexualidade, Propaganda.

---

\* Recebido para publicação em 27 de julho de 2011, aceito em 25 de abril de 2012.

\*\* Livi Faro, livifaro@gmail.com; Lilian Krakowski Chazan, liliankc@gmail.com; Fabíola Rohden, fabiola.rohden@gmail.com; Jane Russo, jane.russo@gmail.com. Todas as autoras são pesquisadoras do CLAM/IMS/UERJ.

Man with Capital “M”, Masculinity Ideals (Re)Constructed in  
Pharmaceutical Marketing

**Abstract**

In this article we examine advertising material for erectile dysfunction drugs in order to analyse the discourses of pharmaceutical marketing. Embedded within a cycle that both contributes to, and feeds from, existing notions, advertisements directed towards doctors deploy new ideas related to nosological categories, while at the same time re-enforcing traditional gender/sexuality paradigms. Male sexuality, traditionally represented as “wild” and “unruly”, is (re)normalised. The biomedicalized “new man”, sexually potent, confident and stiff, is a hybrid of body and technology, found in the dissolving boundary between nature and culture.

**Key Words:** Biomedicalization, Masculinities, Gender, Sexuality, Advertising.

Chegou a Hora de mostrar o H maiúsculo que está no  
princípio de todo Homem brasileiro.  
(Propaganda do medicamento Helleva®,  
produzido pelo Laboratório Cristália)

## **Introdução**

Neste trabalho, analisamos material de propaganda e divulgação, destinado a médicos, de quatro fármacos desenvolvidos para o tratamento das chamadas “disfunções sexuais masculinas”. O material foi coletado em etnografias realizadas em dois congressos, um de sexologia e outro de medicina sexual.<sup>1</sup> Em um movimento dialético, esse conjunto de propagandas veicula novas categorias nosológicas, reforça e também reconfigura ideias tradicionais sobre gênero e sexualidade, construindo um mercado consumidor de tecnologias biomédicas variadas e serviços profissionais voltados para a “solução” das novas “patologias”.

## **Da impotência à disfunção**

Até fins da década de 1990, os tratamentos médicos disponíveis para a impotência tinham em comum o caráter invasivo, como por exemplo, injeções no pênis antes do intercuro ou implantes penianos. As tentativas de se estabelecer conexões diretas entre os níveis séricos de testosterona e disfunções sexuais masculinas mostraram-se inconclusivas. Em 1998, o lançamento

---

<sup>1</sup> Este trabalho é resultado da investigação realizada no contexto dos projetos *Diferenças de gênero na recente medicalização do envelhecimento e sexualidade: a criação das categorias menopausa, andropausa e disfunção sexual*, coordenado por Fabíola Rohden e apoiado pelo CNPq, e *Sexualidade, Ciência e Profissão*, coordenado por Jane Russo e Alain Giami, e promovido pelo Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ). As etnografias foram realizadas por Jane Russo, Fabíola Rohden, Livi Faro, Marina Nucci e Igor Torres, pesquisadores do CLAM/IMS/UERJ.

do citrato de sildenafila<sup>2</sup> pela Pfizer, com o nome comercial de Viagra®, representa um divisor de águas por diversos aspectos. Dentre eles destacaríamos a consolidação do processo de definição da “disfunção erétil” (DE) como um fenômeno fisiológico, a possibilidade de acesso a uma “solução” não invasiva de fácil administração, a ampliação gradual do próprio conceito de disfunção erétil – com a conseqüente expansão do mercado consumidor – e, não menos importante, uma série de reconfigurações da sexualidade masculina e da masculinidade.

Os estudos clássicos de Masters & Johnson, algumas décadas antes, haviam construído um modelo de compreensão da atividade sexual humana, o “ciclo da resposta sexual”, conceitualizado como “psicofisiológico”, colocando de um lado as causas psicogênicas e do outro as orgânicas, tais como o diabetes. Do ponto de vista prático, o modo de interferência disponível envolvia apenas o segmento “psico” ou comportamental (Masters & Johnson, 1966, 1970; Giami, 2009b:640). Em 1977, Helen Kaplan reelaborou esse modelo e propôs a versão que até os dias atuais é utilizada como referência: um ciclo composto por 3 fases psicofisiológicas sucessivas, a saber, do desejo, da excitação e do orgasmo (Kaplan, 1977). Esses estudos promoveram um deslocamento das noções genéricas de impotência e frigidez para o conceito de “disfunção sexual”, por meio da discriminação e normatização das “fases do ciclo de resposta sexual”. Esse movimento configura o que Faro (2009a:10-11) conceitua como “psicomedicalização” da sexualidade.

Em 1983, em um congresso de urologia, a injeção pública de fenoxibenzamina no próprio pênis pelo Dr. Giles Brindley, (Rohden, 2009:98; Marshall & Katz, 2002:54) – *performance* transformada em mito de origem na história das intervenções sobre a impotência – teve como conseqüência, para além da

---

<sup>2</sup> Fármaco do grupo de inibidores da enzima fosfodiesterase tipo 5 (iPDE5), que “atuam promovendo o relaxamento da célula muscular do tecido cavernoso, condição necessária para a obtenção da ereção” (SBU, 2006).

ereção conspícua, o reforço do conceito desta como “evento fisiológico”, dissociado do componente psicológico do desejo sexual. Podemos compreender esse bizarro “momento inaugural” como um momento significativo de biomedicalização da atividade sexual masculina. Assistiu-se, no decorrer dos anos 1980, a um aumento do número de pesquisas e artigos científicos sobre as disfunções sexuais masculinas e seu tratamento, o que implicou importante inflexão no tocante ao campo da sexologia clínica. Em primeiro lugar, a concepção psicogênica da impotência foi colocada em xeque em favor de uma concepção predominantemente orgânica. Para tanto se fez necessária uma mudança na própria categoria diagnóstica que, conforme a análise de Lakoff (2005), deve ser “operacionalizável”. A categoria impotência, com seu forte peso simbólico e a tendência a abarcar o sujeito como um todo, é paulatinamente abandonada em favor do termo “disfunção erétil”, que se define 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 alii, 1989, *apud* Giami, 2009b:641).

### **A disfunção erétil e seu tratamento**

A multiplicação dos estudos sobre a sexualidade masculina nos anos 1980 em uma perspectiva eminentemente medicalizada (Giami, 2009b; Faro, 2008), contribui de modo marcante para a construção do quadro tecnológico favorável à biomedicalização.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Quadro tecnológico ou estrutura tecnológica (*technological frame*) é o conceito dinâmico desenvolvido por Wiebe Bijker para dar conta das interações entre os atores envolvidos na construção de uma tecnologia, produzindo uma gramática compartilhada pelos participantes desse conjunto (Bijker, 1987:171-4). Nos

Diversos autores vêm discutindo, em abordagens variadas, o quanto o surgimento de drogas para a DE no mercado contribui para a medicalização – ou biomedicalização – da sexualidade masculina.<sup>4</sup>

Sublinhamos a distinção entre medicalização e biomedicalização. A primeira diz respeito à codificação, em termos médicos, dos mais variados aspectos da vida humana (Conrad, 2007). O termo “biomedicalização” tem sido usado para realçar a expansão e reconfiguração dos processos de medicalização impulsionados pelas inovações tecnológicas da biomedicina (Clarke *et alii*, 2003:164). O prefixo “bio” sinaliza as transformações que tais tecnologias produzem em processos biológicos da vida humana e não-humana. Para Clarke *et alii* (ib.:182), a biomedicalização envolve não apenas controle, mas também transformação de corpos, da saúde e da vida, sendo a produção de drogas um dos elementos-chave. Na medida em que envolve o estímulo ao consumo de medicamentos, a biomedicalização implica necessariamente na co-construção de tecnologias e usuários. Para o nosso tema, que envolve a intervenção farmacológica direta na sexualidade, o termo biomedicalização apresenta-se como mais preciso.

O desenvolvimento de tecnologias farmacológicas destinadas à “resolução” da nova categoria nosológica (DE) tem um aspecto duplo: simultaneamente responde a uma demanda construída e consolida essa mesma categoria como “problema médico” a ser “resolvido”, evidenciando claramente a circularidade do processo de medicalização/biomedicalização. Estaríamos, portanto, diante da co-construção de tecnologias e

---

termos de Ludwig Fleck, essa gramática compartilhada é descrita como um “estilo de pensamento” (Fleck, 1979:39). Uma estrutura tecnológica, portanto, passa a constituir um pano de fundo que será determinante para o desenvolvimento (ou não) e a aceitação (ou não) de uma tecnologia qualquer.

<sup>4</sup> A bibliografia sobre o tema já é extensa. Destacamos entre os autores Rosenfeld e Faircloth (2006); Vares e Braun (2006); Marshall e Katz (2002); Marshall (2006); Giami (2009a; 2009b), Clarke *et alii* (2003), Brigeiro e Maksud (2009) para citar apenas alguns.

usuários: novas moléculas e pacientes com DE, “real” ou “potencial”. Esse foco contemporâneo no homem e a circunscrição da sexualidade masculina à ereção modelam o processo de biomedicalização da sexualidade a partir de meados do século XX.

Por meio de uma problematização mais geral que articula sexualidade e idade como dimensões fundamentais do sujeito moderno, Barbara Marshall e Stephen Katz (2002), entre outros, destacam a importância das culturas de estilo de vida do final do século passado, como a ênfase na saúde, na atividade e no não envelhecimento para o processo que vai dar origem a um vasto campo de estudos e intervenções em torno da capacidade penetrativa do órgão sexual masculino. A grande novidade, segundo os autores, é que se passa de uma concepção que admitia o declínio da vida sexual no decorrer do tempo – e na qual até se suspeitava pejorativamente da atividade sexual na velhice – para outra, na qual se torna obrigatório o bom desempenho sexual até o limite da vida. Mais do que isso, prega-se que a atividade sexual é mesmo condição necessária para uma vida saudável e que a capacidade erétil definiria a virilidade durante todo o curso da vida masculina (Marshall & Katz, 2002; Marshall, 2006).

Outro importante argumento trazido pela bibliografia sobre o tema é o de que, inicialmente, foi necessário transformar a disfunção erétil em um “problema” para, em seguida, alertar que ele pode atingir qualquer homem, em qualquer fase da vida. Igualmente, nessa lógica, enfatizava-se que já estaria disponível uma droga capaz de “resolver” ou “prevenir” essa dificuldade. Nesse sentido, o Viagra integraria o conjunto bem mais abrangente das chamadas drogas de estilo de vida ou medicamentos de conforto, destinados a melhorar a *performance* individual, um mercado claramente em expansão. Além disso, a Pfizer também investiu no sentido de promover a ideia de disfunção erétil como um tópico aceitável do discurso público, o

que também levaria a uma maior procura pelo tratamento (Lexchin, 2006).

### **As novas drogas e a (re)definição da masculinidade**

De acordo com Meika Loe (2001), o desenvolvimento dessa nova tecnologia material e cultural estaria relacionada à propagação de uma ideia de masculinidade em crise, ilustrada sobretudo com a metáfora da ereção. A noção de que a ereção, símbolo da virilidade e da identidade masculina, é efetivamente instável, sujeita a vários tipos de percalços parece ganhar cada vez mais atenção. E é justamente para combater essa falta de controle ou imprevisibilidade do corpo masculino que a indústria oferece um recurso como o Viagra, que garantiria a expectativa de uma *performance* sempre melhor (Grace *et alii*, 2006).

Conforme apontam Brigeiro e Maksud, o Viagra foi lançado no Brasil no dia 1º de junho de 1998 e “nenhum outro medicamento havia sido abordado na mídia impressa brasileira com a mesma expressividade e variedade de sentido generalizando-se em seções e colunas tão diversas” (Brigeiro & Maksud, 2009:74). A análise das campanhas comerciais do Viagra em diversos países tem mostrado como o remédio converteu-se em algo destinado a melhorar a *performance* sexual, sem restrição a um grupo particular.<sup>5</sup> Embora tenha sido promovido na fase inicial para um público de mais idade e no contexto de uma união heterossexual, passa a ser sugerido para homens cada vez mais jovens e que começam a aparecer nos anúncios sem a presumível parceira (Marshall & Katz, 2002:61). Contudo, como destacam Vares e Braun (2006), o que estaria por trás de toda essa trajetória da propaganda seria a criação de um sentimento de vulnerabilidade masculina que promoveria a busca por controle e aumento da potência e da sexualidade como um todo. Se uma certa

---

<sup>5</sup> No Brasil, diferentemente dos EUA, existe uma proibição de propagandas desses fármacos para leigos.



imprevisibilidade corporal e mental muito frequentemente esteve associada aos corpos femininos e aos processos reprodutivos (Rohden, 2001), agora os corpos masculinos, vistos como mais estáveis e “naturalmente” potentes, também começam a ser descritos sob a suspeita da instabilidade.

A ideia de uma “crise da masculinidade” tem sido acionada para dar conta, não apenas do surgimento da disfunção erétil como questão, mas também do “incrível sucesso” das drogas produzidas para tratá-la.<sup>6</sup> O ponto de emergência dessa suposta crise estaria nas transformações sociais e culturais ocorridas no pós-guerra, em especial nos anos 1960 e 1970. A posição social da mulher sofreu modificações profundas, com reflexos importantes na organização da família. A mudança no *status* da mulher e o surgimento do movimento *gay*, que passou a afirmar os direitos de homens e mulheres homossexuais, representaram um duro golpe na chamada masculinidade hegemônica,<sup>7</sup> levando a uma confusão acerca do que define (ou deixa de definir) a masculinidade. As concepções tradicionais em torno do homem branco, escolarizado e heterossexual foram colocadas em xeque.

Ao mesmo tempo, a medicalização da reprodução (e do corpo feminino) levou ao lançamento no mercado da pílula anticoncepcional, um acontecimento biotecnológico que teve consequências profundas nas transformações evocadas acima. Segundo Loe, a pílula, ao remover os obstáculos que mantinham

---

<sup>6</sup> Sobre a relação entre “crise da masculinidade” e fármacos para DE, cf. Loe (2001, 2004 e 2006), Tiefer (2006), Mamo e Fishman (2001), Wienke (2006) e Marshall (2002).

<sup>7</sup> Expressão cunhada por Raewyn Connell que a define 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 outras formas de ser masculino, que seriam consideradas “subalternas” ou “marginais”. Ser heterossexual é o requisito primeiro da masculinidade hegemônica, enquanto ser homossexual é o que caracteriza primeiramente a masculinidade subalterna.

a dupla moral sexual, transformou as mulheres em “consumidoras críticas da *performance* masculina” (Loe, 2004:13),<sup>8</sup> aumentando a ansiedade do homem heterossexual em torno das definições tradicionais de masculinidade. Aprofundando esse caminho, Loe afirma que as novas tecnologias reprodutivas de meados do século XX foram precursoras da farmacologia do sexo. Segundo ela, os novos contraceptivos orais serviram como catalisadores e barômetros das mudanças nas atitudes sociais acerca da ciência, da tecnologia e da medicina, iluminando ideias sobre gênero, sexualidade e ciência. Por terem como objetivo uma transformação corporal e do estilo de vida de suas usuárias (e não a cura de uma doença), podem ser considerados as primeiras drogas de estilo de vida no campo da sexualidade. Para essa autora, a “era Viagra” representa o surgimento de um movimento de recuperação da masculinidade baseado em uma droga, e a re-emergência do corpo masculino como lócus de confiança e controle, através de um intenso investimento (científico e financeiro) na restauração ou melhoria da “potência sexual masculina” (id.ib.).

A definição estritamente orgânica dessa potência sexual, deixando de lado considerações afetivas, sociais ou morais, retira-a do campo de embate em torno das definições de gênero. É como se os urologistas (e os laboratórios farmacêuticos) tivessem proporcionado aos homens, até então desorientados, um espaço em que a potência masculina, ao ser traduzida em termos puramente físicos enquanto potência erétil, pudesse ser “melhorada”. Nesse sentido, o (re)empoderamento masculino passa necessariamente pela biomedicalização da sexualidade masculina, o que acarretará transformações importantes na própria definição dessa sexualidade.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> As traduções de textos estrangeiros são de nossa autoria.

<sup>9</sup> Trata-se de um re-empoderamento *sui generis*, que implica, paradoxalmente, a submissão ao discurso e à *expertise* dos especialistas, o que envolve, como argumentam Vares e Braun (2006), assumir um grau razoável de vulnerabilidade.

Cabe ainda ressaltar uma faceta nova desse fenômeno, especialmente perceptível no caso brasileiro. Trata-se de como a DE vem servindo como “chamariz” para políticas públicas em programas de prevenção de doenças crônicas em homens (Carrara *et alii*, 2009), uma questão cuja declaração do então Ministro de Saúde, José Gomes Temporão, veio não apenas a tornar explícita como a dar margem a inúmeras piadas bastante significativas.<sup>10</sup>

No que se refere ao contraste de gênero na configuração do campo da medicina sexual, Rohden (2009) aponta que prevalece a perspectiva segundo a qual a experiência sexual dos homens é reduzida à norma anatômico-fisiológica da ereção, na maioria das vezes vista apenas no contexto das relações heterossexuais. Significativamente, no caso masculino parece que se abdica de um modelo em que a sexualidade deveria ser pensada pela junção dos aspectos biopsicossociais e via referência ao casal, bastante presente no arsenal de Masters & Johnson. Os homens são preferencialmente apresentados como seres individualizados e por meio da descrição de sua economia corporal, e praticamente desprovidos de interioridade (se comparados às mulheres). No que se refere às mulheres, a descrição se dá pela via dos aspectos relacionais, principalmente a menção ao casal e sua qualidade afetivo-moral. Além disso, no caso delas, é acionada uma chave

---

<sup>10</sup> O ministro declarou “Além de comer cinco porções de frutas ao dia, iria propor fazer sexo cinco vezes ao dia. Dancem, façam sexo, mantenham o peso, mudem o padrão alimentar, façam atividades físicas e, **principalmente, meçam a pressão arterial regularmente**” (grifo acrescentado). *Jornal O Globo*, 26/04/2010. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/pais/mat/2010/04/26/temporao-recomenda-sexo-para-combate-hipertensao-916429814.asp>>. Acesso em: 18/05/2010. A piada que circulou pela Internet quase imediatamente consistia em uma lista de perguntas ao ministro, tais como “Masturbação é automedicação?”; “O que meu dentista quis dizer quando recomendou manter em dia minha saúde oral?”, “Será preciso receita médica para comprar filme pornô?”, “Boneca inflável é placebo?”, entre diversas outras. Rapidamente os piadistas de plantão perceberam o quanto a normatização e a medicalização da atividade sexual rendiam em termos de humor, sendo essa a tônica da maioria das perguntas.

de compreensão paradoxal. Se, de um lado, há uma insistente referência à suposta complexidade da sexualidade feminina, que seria mais influenciada por aspectos afetivos e relacionais, de outro é significativo o constante recurso ao modelo masculino, seja em pesquisas “básicas” sobre sexualidade feminina ou como padrão das investidas no diagnóstico e tratamento dessas “disfunções”.<sup>11</sup> Nesse sentido, cabe citar os testes e o uso do Viagra para tratar os problemas relativos à excitação e, posteriormente, o grande investimento no uso da testosterona para resolver a questão do chamado desejo sexual hipoativo em mulheres, hormônio que desde sua descoberta foi concebido como eminentemente masculino, em contraste com o estrogênio (Oudshoorn, 1994). Nessa nova fase, então, para ter uma sexualidade satisfatória as mulheres precisariam recorrer ao que simbolicamente representaria um processo de masculinização.

Neste trabalho, mediante a análise de propagandas de fármacos para a DE dirigidas aos médicos, nos propusemos a explorar o que determinadas formas de biomedicalização nos revelam acerca da (re)construção da masculinidade.

Conforme aponta Elaine Rabello,

(...) [C]onsidera-se que a publicidade não cria valores, mas sim se utiliza daqueles que já circulam na sociedade e os reformula para apresentação ao público através da propaganda. Por isso a mídia se torna um veículo útil para compreensão do que a sociedade legitima como estilo de vida desejável. Assim, interessa à indústria farmacêutica dar um nome e um substrato ao desejo de pleno bem-estar e desempenho através do processo de reificação, atribuindo materialidade a uma marca ou produto que, se engolido, pode entrar neste corpo – palco de vivências de bem-estar e produtividade – e “produzir” a desejada “saúde”, graças à ciência, à tecnologia e a quem, claro, disponibiliza tudo isto na forma de um produto (Rabello, 2010:31).

---

<sup>11</sup> Sobre esse ponto, ver também Faro (2008).

Do mesmo modo que consideramos que os pressupostos acerca da masculinidade informam o *marketing* de medicamentos voltados para a DE, as distintas substâncias cujas “ações” se manifestam diferentemente no tocante à prometida ereção indicam quais seriam os atributos “desejáveis” para uma *performance* masculina “adequada”. Possivelmente esta *performance* seria o somatório de todos os atributos associados a todas essas substâncias. Ao mesmo tempo, a quantidade de requisitos para tal qualificação evidencia um ideal inatingível: a masculinidade “plena” que, de acordo com esses parâmetros, revela-se no final de contas uma missão impossível. Um dos papéis desempenhados pela propaganda consiste precisamente na instigação incessante da busca desse ideal, com promessas muitas vezes nada sutis.

### **Material e discussão**

Nosso material empírico consistiu em folhetos obtidos em etnografias realizadas em dois congressos, de sexologia e de medicina sexual: o XI Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, Recife, 2007, e o X Congresso da Sociedade Latinoamericana de Medicina Sexual, Florianópolis, 2009, respectivamente. O segundo evento faz parte da implantação e desenvolvimento da medicina sexual, uma área que tem buscado se afirmar de forma autônoma em relação à sexologia. No campo de estudos/intervenções sobre a sexualidade, situa-se na vertente mais radical do paradigma biomédico, e tem estabelecido uma relação de hegemonia com a sexologia clínica:

Pode-se perceber que os partidários da medicina sexual – em sua maioria urologistas – 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 (médicos fazem medicina, psicólogos fazem psicoterapia, educadores fazem orientação/educação sexual).

Desse ponto de vista as designações “sexólogo” ou “sexologia” – que parecem remeter naturalmente ao período de implantação do campo e a um momento de maior dispersão de definições e fronteiras – são abandonadas em nome de designações mais precisas, que focalizem especialidades também claramente demarcadas (Russo *et alii*, 2011:134).

Russo *et alii* (id.ib.) propõem um mapa dos estudos e intervenções sobre a sexualidade que ajuda a contextualizar os congressos etnografados. Naquele trabalho, sugere-se que a sexologia e a medicina sexual – que têm em comum a perspectiva médico-psicológica – correspondem a parcelas de um conjunto mais amplo de produção de saberes e intervenções sobre a sexualidade. Esse conjunto é ainda composto por abordagens centradas no ativismo político e por estudos desenvolvidos pelas ciências sociais/antropologia. A sexologia aparece como um termo que vem perdendo prestígio, com tendência a ser substituído, e se refere a um campo que se estruturou em duas vertentes, a clínica sexual e a sexologia educacional. Enquanto a vertente educacional posiciona-se na interface entre as três abordagens do campo de saberes e intervenções sobre a sexualidade, tendo concepções ora mais políticas e sociais, ora mais biologizadas, a sexologia clínica, assim como a medicina sexual, caracteriza-se pelos pressupostos naturalizantes da visão médico-psicológica (id.ib.:134).

Congressos e eventos similares desempenham um importante papel na constituição e institucionalização desse campo, especialmente por se tratar de uma área que não é contemplada em cursos de graduação.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Sobre etnografias em conferências médico-científicas e a relação da indústria farmacêutica com o campo da sexologia, ver Giami (2009a).

## As propagandas

Foram obtidos *folders* em papel *couché*, com impressão em quatro cores e aparência bastante luxuosa. Havia um padrão relativamente constante nesses *folders*: na primeira página uma chamada instigante, como um bordão, gráficos na seguinte e, na última página, a bula em letras miúdas e referências bibliográficas diversas.

Trabalhamos com propagandas de quatro fármacos: Viagra® (citrato de sildenafil), da Pfizer, Cialis® (tadalafila), da Eli Lilly do Brasil, Levitra® (vardenafila), da Bayer Schering Pharma e Helleva® (carbonato de lodenafila), da Cristália Produtos Químicos e Farmacêuticos Ltda., cujo *slogan* transformou-se na epígrafe e inspirou o título deste trabalho. O material do Levitra trazia acoplada a propaganda do Nebido®. Cialis, Levitra, Helleva e Viagra são fármacos para DE. Nebido, à base de testosterona, pretende tratar o hipogonadismo ou “distúrbio androgênico do envelhecimento masculino” – DAEM.<sup>13</sup>

Juntamente com o material mais explicitamente propagandístico, a Pfizer e a Bayer Schering Pharma (BSP) distribuíam folhetos com conteúdo “científico”. A Pfizer tinha o livreto de 20 páginas, intitulado “Disfunção erétil: recomendações de tratamento na prática clínica”, que consistia em uma simplificação do artigo publicado no *Journal of Sexual Medicine* (Mulhall *et alii*, 2007) com muitos esquemas, gráficos e ilustrações de pênis nos “quatro graus de rigidez de ereção”.

---

<sup>13</sup> A análise do material do Nebido, por abranger diversos outros aspectos além da DE, foge ao escopo deste trabalho.

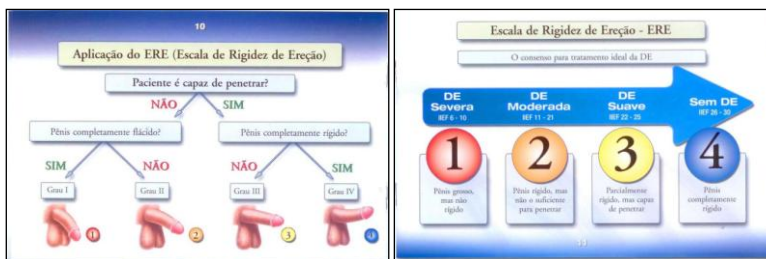


Figura 1: Livroto “Disfunção erétil: recomendações de tratamento na prática clínica”, pp. 10 e 11.  
Fonte: Pfizer.

As ilustrações de pênis anômicos eram acompanhadas na página oposta pela especificação da “Escala de Rigidez da Ereção (ERE): Grau 1 – DE severa: pênis grosso, mas não rígido; grau 2 – DE moderada: pênis rígido, mas não o suficiente para penetrar; grau 3 – DE suave: parcialmente rígido, mas capaz de penetrar; grau 4 – sem DE: pênis completamente rígido”.



Figura 2: Folder “Rigidez é o objetivo”, p. 3.  
Fonte: Pfizer.

Em contrapartida, a BSP distribuía separatas de artigos de urologistas, em formato de *papers*, apresentando casos clínicos, com direito a foto do autor e diversas referências bibliográficas. Um *folder* tratava exclusivamente do uso do Levitra e continha a



propaganda do Nebido na última página – que se abria em duas, com o termo DAEM em destaque acompanhado de um asterisco, pedagogicamente remetendo à explicação: “distúrbio androgênico do envelhecimento masculino”. Outro, abordando o diabetes, discutia a queda de níveis de testosterona, recomendando o Nebido, tendo acoplada sua propaganda. O 3º, intitulado “A saúde sexual como portal da saúde do homem”, dedicava-se exclusivamente à deficiência de testosterona, cuja terapêutica “testada” e preconizada era o Nebido.

### **Conteúdo dos folders**

Comparando o material Pfizer com o da BSP, nota-se a diferença entre a simplicidade do conteúdo do primeiro material contrastada com a ênfase do segundo em apresentar artigos detalhados em formato acadêmico. Uma hipótese para tal discrepância seria a de que o produto da Pfizer já estaria em um estágio de estabilização<sup>14</sup> (assim como o Cialis,<sup>15</sup> cujo material sequer foi distribuído no congresso de 2009, embora a Eli Lilly

---

<sup>14</sup> “Estabilização” ou “encerramento” (*closure*) são termos utilizados dentro do referencial teórico sociotécnico, do campo dos estudos sociais da ciência e tecnologia, para descrever o momento em que uma tecnologia adquire formato e significado mais constantes, como resultado, entre outros fatores, de negociações entre diversos grupos sociais relevantes (Pinch & Bijker, 1987). Por ser a estabilização uma situação sempre histórica e socialmente determinada, considera-se também que seja, por definição, temporária e provisória: tecnologias podem ser adiante substituídas por outras, desaparecendo, ou serem aperfeiçoadas (id.ib.:44). Um artefato ou tecnologia não brota como resultado de um ato momentoso de um inventor heróico e, sim, é gradualmente construído ou desconstruído nas interações sociais de grupos sociais relevantes. Essa descrição resultaria em um mapa dos crescentes ou decrescentes graus de estabilização [de um artefato]. Acerca do conceito de “grupos sociais relevantes” como ponto de partida para a análise sociotécnica, ver Bijker (1993:119).

<sup>15</sup> Segundo *O Globo*, esse é o medicamento para DE mais vendido no país atualmente. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/economia/mat/2010/06/08/com-fim-da-patente-pfizer-reduz-em-50-preco-do-viagra-916817708.asp>. Acesso em: 24/03/2011.

fosse *bronze sponsor* do evento), necessitando apenas enfatizar em que ele seria “superior” aos outros. Já a BSP ainda estaria com seu produto em fase de difusão, buscando abertura de espaço para o Levitra, ao mesmo tempo em que construía uma estrutura tecnológica para o Nebido, por meio da DAEM. Trata-se aqui de uma co-construção em que a medicalização é reforçada pelo uso do fármaco, cuja “necessidade” é produzida pela construção de uma categoria nosológica. A Cristália, por seu turno, teria aberto mão de apresentar em formato “científico” as virtudes do seu produto, focalizando a propaganda nas especificidades “brasileiras”: era “a Hora de mostrar o H maiúsculo que está no princípio de todo Homem brasileiro”.

Além da legitimação “científica” sobre a eficácia das drogas, existia a batalha pela conquista do mercado, baseada nas “qualidades” dos produtos comparados aos concorrentes. Os carros-chefe da Pfizer eram a “rigidez” e o fato de ter sido o primeiro medicamento para DE, evidenciados pelos *slogans* repetidos em todos os *folders*: “Rigidez é importante” e “Só Viagra é Viagra”, unidos pela imagem da pílula losangular azul equilibrada estranhamente em sua ponta mais aguda, ou seja, “em pé”. Também se repetiam algumas frases e imagens com duplo sentido: “Viagra® sildenafil citrato. Uma sólida relação com a rigidez”, e a da escultura em pedra de um casal que se funde em um abraço. A cor predominante era o azul, cor “masculina” e a da pílula, como para indicar que, com a rigidez pétreia, estava agora “tudo azul”. Cada *folder*, em frase destacada na capa, atribuía uma agência à rigidez: “Rigidez é o objetivo”, “Rigidez é a diferença” e “Rigidez mantém equilíbrio nas relações”; essa frase-tema era repetida na segunda página do *folder* e a terceira exibia de modo simplificado e destacado resultados de pesquisas relativas a ela. Obedecendo às determinações da Anvisa,<sup>16</sup> todas as frases e *slogans*, sem exceção,

---

<sup>16</sup> RDC nº 96, de 17/12/2008. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/a2b731804137c12cb797bfc5ae04202e/rdc\\_96\\_visa\\_legis.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/a2b731804137c12cb797bfc5ae04202e/rdc_96_visa_legis.pdf?MOD=AJPERES). Acesso em: 26/04/2011.



Homem com “H”

O Cialis é o atual “campeão de vendas” no mercado brasileiro de iPDE5.<sup>17</sup> O aspecto mais marcante de sua propaganda é o sinal de adição (+), assim como o bordão “muito mais”. Em contraste com a “pedra” do Viagra, as informações visuais nos *folders* do Cialis são fluidas e esvoaçantes, como que enfatizando a “Liberdade que permite ao paciente viver com maior espontaneidade e sem pressão de tempo”. O bordão “Muito mais” do Cialis era repetido em todos os lugares possíveis: “Muito mais tempo de eficácia do que a concorrência”, “Cialis oferece muito mais horas de liberdade para escolher o momento”. A “liberdade” era o segundo ponto ressaltado e repetido: “Liberdade que permite ao paciente viver com maior espontaneidade e sem pressão de tempo”, “Cialis oferece muito mais horas de liberdade para escolher o momento”. Como alternativa ao padrão “totalmente rígido” do Viagra, “com Cialis seu paciente não precisa se programar para tomar o comprimido imediatamente antes da relação sexual”. A grande promessa está na frase: “é muito mais tempo de eficácia que a concorrência”, garantindo efeito de até 36 horas.



Figura 4: Folder “Muito mais”, pp.1, 2 e 3.

Fonte: Eli Lilly.

<sup>17</sup> Ver nota 16.

De um modo compatível com o estágio de difusão, a ênfase da campanha do Levitra estava na “modernidade” do “novo parâmetro de eficácia de um tratamento para DE”: o prolongamento da “duração da relação sexual”. O gráfico em pizza dividido em 4, na segunda página de um dos *folders*, especificava e normatizava qual seria o ideal: “1-2 min (muito curto); 3-7 min (adequado); 10-30 min (muito longo); 7-10 min (desejável)”. Para não deixar margem a dúvidas, este último quarto da pizza estava levemente destacado do todo.



Figura 5: Folder “Novo parâmetro de eficácia”, pp.1, 2 e 3.  
Fonte: Bayer Schering Pharma.

Se a Pfizer enfatizava sutilmente o fato de ser o primeiro tratamento para DE (“Só Viagra é Viagra”),<sup>18</sup> a BSP tomava para si o epíteto de ser “o primeiro laboratório com portfólio focado na saúde do homem”. Nitidamente, a propaganda da BSP dialogava com a da Pfizer ao mesmo tempo em que promovia a construção de um quadro tecnológico que contemplava igualmente o Levitra e o Nebido, afirmando que “DE é **mais do que apenas** um problema de potência” (grifo acrescentado). Seu diferencial, nesse diálogo, era: “Para homens com DE, a duração da relação sexual é tão importante quanto manter a potência”, e “93% dos homens consideram o tempo de duração da ereção como fator importante”. As frases eram seguidas de uma tabela exibindo os resultados de uma pesquisa sobre “O que é importante para o homem na relação?”; “Rigidez da ereção” e “Duração da ereção” empatavam nos mesmos 93% das respostas, perdendo apenas para “Facilidade de conseguir uma ereção” e “Melhora na relação sexual com a parceira”. Em último lugar, com 88%, estava “Tempo de ação do medicamento”.

Outro *folder* da BSP estabelecia a equação “Satisfação do casal = maior duração da relação sexual = novo parâmetro de eficácia”. Em uma ilustração didática do processo de construção do quadro tecnológico favorável aos seus vários produtos, seu *slogan* ressaltava: “Levitra® prolonga em até 3 vezes a duração da relação sexual em pacientes com DE, **com ou sem comorbidades**” (grifo acrescentado). Como bônus, a promessa de funcionamento “3 em 1”: a confiar na eficácia em prolongar “até 3 vezes a duração **da relação sexual**” (grifo acrescentado), o tempo “muito curto” (conforme o gráfico pizza) de 1 a 2 minutos chegaria à faixa de 3 a 6 minutos, “adequada”, quase atingindo a “desejável”, de 7 a 10 minutos de relação. Concluímos que, desse modo, em estágio de difusão, a droga alcançaria também o grupo dos ejaculadores

---

<sup>18</sup> Usando uma estratégia similar à que transformou a marca Brastemp ao mesmo tempo em sinônimo de legitimidade e excelência de um produto. Na cultura popular, “viagra” tornou-se sinônimo de “otimização” e estímulo para qualquer atividade.

precoces. Depreende-se ainda que o medicamento promoveria um “*upgrade*” dos integrantes da faixa “adequada” para a “desejável”, configurando o seu uso como de aprimoramento (*enhancement*), transformando-o assim em “droga de estilo de vida” (Azize, 2006).<sup>19</sup>

Diferentemente das imagens dos *folders* da Pfizer, todas elas significativamente simbólicas, as da BSP eram em sua maioria “objetivas”: gráficos, fotos dos autores dos artigos ou da caixa do remédio. As únicas imagens alusivas consistiam em uma chama estilizada à esquerda da marca Levitra®, e um enigmático 20 com um círculo em volta, acompanhado de “Registre essa marca”, deixando no ar a dúvida: 20, o quê? Anos, miligramas, minutos?

Seguindo a lógica vanguardista das propagandas congêneres, o Helleve era apresentado como “o 1º produto sintético desenvolvido no Brasil”, ao lado da inovação em sua... embalagem (!): “A Cristália traz para o País mecanismo suíço de segurança holográfica” descrito como “exclusivo sistema contra falsificações. Com holograma 3D em 4 cores no *blister*: tecnologia utilizada no papel-moeda”. Para o Helleve, as aparências não enganam: “Confiança estampada na embalagem”, protegida pelo “mecanismo suíço”, alusivo a uma nacionalidade icônica de “segurança” e de cuidado com valores monetários. Nenhum *folder* dos laboratórios multinacionais mencionava esse tipo de legitimidade, indicando uma preocupação local.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Alguns autores descrevem este tipo de utilização como “*party pill*”, instigada por um conjunto de estratégias de *marketing* que têm como resultado a desestabilização da ideia de “*performance* sexual natural”, que não seria “suficientemente boa” (Vares e Braun, 2006:328).

<sup>20</sup> Possivelmente trata-se também de uma alusão às falsificações do Viagra circulantes no Brasil. O termo “viagra” tornou-se sinônimo de medicação para DE, como pudemos verificar em notícias como “Vai subir?” acerca do uso de Pramil ou “viagra paraguaio”, no território nacional, disponível em: <http://revistatpm.uol.com.br/blogs/aparedelaranja/2010/03/14/vai-subir.html>. Acesso em: 21/03/2011.

## Homem com “H”

Comparada com o material do Viagra e do Levitra, pretensamente discretos na promessa de uma masculinidade conspícua, a propaganda do Helleva adotou a estratégia oposta: “Chegou a Hora de mostrar o H maiúsculo que está no princípio de todo Homem brasileiro” era a frase que acompanhava o H maiúsculo, colorido, que posava solitário e imponente na primeira capa do *folder*. A ideia era retomada nas páginas seguintes: “Com H maiúsculo”, “Segurança com H maiúsculo”. A repetição do “maiúsculo” remetia à fixação masculina no tamanho do membro, com conotações duplamente ufanistas: o orgulho em ser “homem com H”,<sup>21</sup> e patriota – reforçadas pela informação na segunda página de que seria o “1º produto sintético desenvolvido no Brasil”, induzindo à (quase) inevitável “conclusão” de que a droga nacional seria a preferencial para “os brasileiros”.<sup>22</sup>



Figura 6: Folder “H”, pp. 1, 2 e 3.  
Fonte: Cristália.

<sup>21</sup> É impossível não estabelecer uma conexão – paradoxal – com a canção de mesmo título, de autoria de Ney Matogrosso, cuja interpretação esvoaçante está disponível em <<http://letras.terra.com.br/ney-matogrosso/47726/>>.

<sup>22</sup> De um modo subliminar, a propaganda parece também sugerir que o Helleva poderia aumentar o tamanho do pênis e que o homem brasileiro teria (ou deveria ter) um pênis grande.



De acordo com os gráficos comparativos da absorção em jejum e após refeições e uso de álcool, os excessos alcoólicos e alimentares não interfeririam na absorção da substância. Pelo contrário, o aproveitamento do fármaco seria otimizado nessas circunstâncias. Essa característica era apresentada como uma vantagem, em evidente contraste com o Viagra, que para exercer efeito pleno precisa ser ingerido com o estômago vazio.

O bolo confeitado com glacê, confetes coloridos e o H no lugar da tradicional vela (ou da cereja do bolo), na terceira página do *folder*, é prenhe de significados: ele remete à associação entre o uso do Helleva e a festa, à possibilidade de ter uma festa sexual após uma festa alimentar, à festa de ter o seu H maximizado e de não ficar “na mão” na “hora H”. A propaganda do Helleva é explícita no tocante à construção de uma masculinidade economicamente responsável, embora festeira: “Resultados maiúsculos, gastos minúsculos, do jeito que Homem gosta”. Dirigida ao “povo brasileiro”: “Menor custo, maior acesso à população: redução de 40% no preço de Helleva”; “30% de desconto na compra de Helleva com seu cartão Bem Cristália”.

A apresentação da droga como inovação era compatível com o estágio de difusão, ao mesmo tempo em que ser “o 1º produto sintético desenvolvido no Brasil” agregaria “senioridade” e credibilidade nacionais ao produto. No *site* do laboratório Cristália, além do *slogan* de apresentação “A inovação está no nosso DNA. O Cristália é o laboratório farmacêutico nacional que mais investe em pesquisa, desenvolvimento e inovação”, consta a informação de que foi vencedor do prêmio FINEP de inovação tecnológica em 2007, e a de que tem como parceiros diversas universidades públicas, estaduais e federais, além da Santa Casa de São Paulo, FIOCRUZ, Butantan, INCOR e Fundação Zerbini.<sup>23</sup> A colaboração com a FarManguinhos/FIOCRUZ, vinculada ao

---

<sup>23</sup> Disponível em: <http://www.2cristalia.com.br/parceiros.php>. Acesso em: 08/06/2010.

Ministério da Saúde, aponta para a parceria público/privado na produção do Helleva. Conforme assinalam Carrara *et alii* (2009)

Em uma declaração publicada no jornal O Estado de São Paulo, em janeiro de 2006, Temporão afirmou que o Ministério da Saúde estava analisando a possibilidade de oferecer tratamento para a disfunção erétil através da rede pública, incluindo a distribuição de medicamentos. O governo estaria examinando o impacto financeiro de tal medida (id.ib.:676).

Assim, a colaboração Cristália/FIOCRUZ sugere que, em se concretizando tal projeto, o Helleva seria a droga escolhida. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pode impulsionar esse processo de modo significativo, ao mesmo tempo difundindo e estabilizando o fármaco no mercado brasileiro.

### **Considerações finais**

Há um ciclo ininterrupto de realimentação que passaremos a descrever, do qual o material focalizado representa o “instantâneo” de uma pequena parte. O ciclo partiria de pressupostos do senso comum, bastante tradicionais em gênero e sexualidade que, traduzidos em termos médicos (medicalização), transformam-se em domínios normatizados que podem e, sobretudo, devem ser “consertados”. As funções “consertadas” pelas intervenções biomédicas produzem novas expectativas, modelos e possibilidades, isto é, novos corpos reconfigurados pelas tecnologias farmacológicas (biomedicalização). Novos corpos também produzem normas e ideais que, apropriados pelo público leigo, constroem vias paralelas de consumo de drogas por meio de autoprescrição. Tanto as prescrições médicas quanto a autoprescrição redundam em reforço da biomedicalização, pois partem do entendimento de uma atividade corporal codificada em termos médicos e, assim, passível de intervenções farmacológicas. Esse ciclo produz um quadro tecnológico no qual o uso do fármaco passa de “aceitável” para “desejável”. Cada novo

medicamento é a ele integrado, reforçando o quadro tecnológico no qual saúde do homem e masculinidade são constantemente reconstruídas e resignificadas.

Busca-se a legitimação dos produtos e da “necessidade” de seu uso mediante o apelo à cientificidade, apoiada em artigos científicos que revelam a dissolução das fronteiras entre produção acadêmica, pesquisa e desenvolvimento industrial.<sup>24</sup> Dentre o material analisado, a estratégia evidenciou-se no livreto do Viagra que, com letras grandes e muitas ilustrações, trazia o resumo esquemático de artigo publicado em revista médica conceituada, assim como nos *folders* da BSP em formato de separata de artigos científicos, de autoria de professores de escolas médicas renomadas, apresentando casos clínicos e sua “solução” e, finalmente, pela recorrente apresentação de todos os fármacos como “o primeiro” sob algum aspecto, ou “o último” em outro, denotando uma suposta modernidade. A ideia subjacente de “progresso da ciência” equaliza o aspecto inovador a algo implicitamente “científico”, agregando valor ao produto. Essa noção está presente especialmente no momento de difusão. À medida que o medicamento se estabiliza, ele passa a apresentar a qualidade de ter sido “o primeiro” como elemento legitimador e propagandístico.

Conforme assinala Alain Giami (2009b:649), na ausência de formação médica sobre temas relacionados à função sexual, “a indústria farmacêutica controla de modo quase exclusivo a informação e a formação dos médicos”. Desse modo, no tocante às prescrições para DE, os médicos ocupam um lugar similar ao dos leigos, também em decorrência de uma formação acadêmica que não contempla a avaliação crítica de artigos científicos (Camargo Jr., 2003).<sup>25</sup> Assim, a propaganda dirigida aos médicos –

---

<sup>24</sup> Cf. Angell (2007).

<sup>25</sup> Por exemplo, na página final dos *folders* do Viagra e do Levitra, que continham as bulas e referências bibliográficas, havia destaque, em letras garrafais, da contraindicação (uso concomitante de nitratos e o de cetoconazol), aparentemente subentendendo que os médicos não leriam a literatura científica sobre os fármacos. Vale lembrar que esta recomendação de destaque às contraindicações é determinada

foco de nossa análise – toma um lugar central na construção de um elemento chave para o consumo desses fármacos: a prescrição médica. O usuário final, o consumidor “em si”, vai utilizar o medicamento seja mediante a prescrição médica, seja por autoprescrição, instigado pelo *marketing* veiculado pela mídia.

No Brasil, só é possível veicular anúncios desse tipo de medicamentos (vendidos sob prescrição) para médicos, o que explica em parte o fato de essa propaganda dirigida a profissionais lançar mão do arsenal normal do *marketing*. Em outras palavras, usa-se com o médico imagens e concepções do senso comum como se ele fosse um leigo. A impressão que se tem é que se pretende “vender” o produto ao profissional como se fosse para uso próprio, ou seja, apesar de a propaganda em princípio ter como objetivo instigar o médico a prescrever, pela linguagem e imagens utilizadas parece estar vendendo o medicamento em si.

A linguagem coloquial utilizada em todos os *folders*, de “exclusiva circulação entre médicos”, chamava a atenção. Nos *folders* de propaganda do Cialis, destacava-se na última página em caixa alta a orientação “Não deixe de falar com o seu paciente”, explicando detalhadamente a seguir o que dizer:

- + Com Cialis seu paciente não precisa se programar para tomar o comprimido imediatamente antes da relação sexual.
- + Cialis tem até 36 horas de eficácia, ou seja, seu paciente pode tomá-lo no almoço da sexta-feira e estará seguro para ter uma relação sexual, a qualquer momento, até a manhã de domingo.
- + Cialis pode ser tomado com alimentos gordurosos e bebidas alcoólicas em quantidades moderadas.
- + A ereção ocorre apenas com estímulo sexual.
- + Contra-indicado para paciente em uso de nitratos orgânicos (*Folder Cialis*, p. 4).

---

pela Anvisa para o caso de propaganda de medicamentos vendidos **sem** prescrição médica (RDC nº 96, de 17/12/2008, disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/a2b731804137c12cb797bfc5ae04202e/dc\\_96\\_visa\\_legis.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/a2b731804137c12cb797bfc5ae04202e/dc_96_visa_legis.pdf?MOD=AJPERES). Acesso em: 26/04/2011).

Respalhada pelo contexto de ausência de formação médica crítica sobre o tema, a escolha dos tópicos a serem “esclarecidos” aparentemente colocava a agência do profissional em segundo plano. As explicações “*prêt-à-porter*” que o laboratório sugeria que o médico fornecesse ao paciente pareciam pressupor que o profissional seria apenas um intermediário entre a indústria e o usuário.

De acordo com Azize (2006:121), os discursos que circulam “entre o público leigo, os laboratórios farmacêuticos e os profissionais da biomedicina [promovem] a ideia de uma super saúde, gerando um novo objetivo e novos usos para os medicamentos”, construindo o que o mesmo autor chama de “medicamentos de estilo de vida”. No tocante ao nosso objeto específico, os fármacos para DE, Faro aponta que:

[B]usca-se nas drogas pró-sexuais um a mais para a sexualidade, algo que faça o corpo funcionar melhor, que traga a plenitude à função sexual. Não se trata de uma doença que será curada por um remédio, mas uma função que será potencializada com uma pílula (Faro, 2009b:18).

Ao mesmo tempo em que as drogas “garantiriam” a *performance*, sua existência produz uma variada gama de ansiedades, presentes ou futuras, em relação à “qualidade” e ao tempo de duração de uma ereção. Como analisou argutamente Chris Wienke (2006), os questionários auto-responsivos no *site* do Levitra levam à inevitável conclusão de que se o sujeito não tem nenhum dos problemas listados, pode ainda assim “querer falar com seu médico sobre alguma preocupação acerca de sua qualidade erétil” (Wienke, 2006:62).

A propaganda do Viagra concretiza, inclusive visualmente, um ideal de masculinidade que para ser atingido com absoluta segurança passa necessariamente pelo uso dos fármacos, conforme ilustra o gráfico no qual o estágio 4 de ereção – “completamente duro e totalmente rígido” – é representado por uma inapelavelmente óbvia tábua “de madeira” azul. Ou seja, a propaganda mobiliza simultaneamente a insegurança e a

“esperança” masculinas, ao oferecer a “pílula mágica”, reforçando a ideia de uma sexualidade masculina sempre disponível para o sexo, traduzida na prontidão do pênis para penetrar “completamente duro”. Assim, chegamos à promessa de uma masculinidade “otimizada”. O “grau 4 de ereção” torna, automaticamente, como assinalam Vares e Braun, “toda sexualidade masculina (...) codificada como sempre potencialmente sub-ótima e aprimorável” (Vares & Braun, 2006:328). Em outros termos, “a apresentação do Viagra opera uma relação paradoxal na qual há que se superar a perda da virilidade sem demolir seu conteúdo simbólico (ao contrário, reforçando-o)” (Brigeiro & Maksud, 2009:79).

A duração da ereção normatizada como desejável deve ser mantida entre 7 e 10 minutos, não mais e nem menos. A equação “Satisfação do casal = maior duração da relação sexual = novo parâmetro de eficácia” aponta para a noção de relação sexual como heteronormativa (“Melhora na relação sexual com a parceira”) e centrada na rigidez peniana: “Rigidez é o objetivo”, como nos informa a Pfizer. Já a BSP complexifica: “DE é mais do que apenas um problema de potência”, apontando para a criação de uma nova norma – a duração – ampliando, assim, a definição de DE e, conseqüentemente, o público consumidor.

A “masculinidade responsável” é acionada pela propaganda da BSP que estaria em consonância com a já referida Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. É o que indica a primeira frase do *folder* do Levitra: “A EVOLUÇÃO na Saúde Masculina”. Na página interna, a ideia é reforçada:

A Bayer foi o 1º laboratório com portfólio focado na saúde masculina. Com pesquisas avançadas a Bayer Schering Pharma oferece tratamentos eficazes para a saúde do homem bem como soluções preventivas inovadoras.

O “homem responsável” cuida de sua saúde física e econômica, conforme o nosso produto nacional, o Helleva, alardeia:

“Resultados maiúsculos, gastos minúsculos, do jeito que Homem gosta.” Em um evidente paradoxo com a estratégia do Ministério da Saúde de utilizar a DE como chamariz para a população masculina cuidar de outras condições, como hipertensão e diabetes, o *folder* do Helleva ressalta, entre suas qualidades, o fato de ser ainda mais eficaz “Após refeições ricas em lípidos e também depois do consumo de álcool”.

O efeito farmacológico de ereção garantida e mantida produz a “masculinidade confiante”: “Chegou a Hora de mostrar o H maiúsculo que está no princípio de todo Homem brasileiro”. Implicitamente evidencia-se a concepção de sexualidade masculina centrada na ereção como instável e cria-se a noção de que sem o fármaco toda sexualidade masculina seria incerta. Busca-se a resolução dessa “fragilidade” em uma solução concretizada numa pílula que elimina a incerteza: “Confiança estampada na embalagem” ou ainda, “Segurança com H maiúsculo”. Ou, conforme a Eli Lilly: “Liberdade de escolha que só Cialis oferece”, “Cialis é altamente eficaz por até 36 horas”. Sem questionar a equação masculinidade = ereção, parte-se para contornar a fragilidade, garantindo a ereção. A sexualidade masculina, tradicionalmente representada como “selvagem”, “instintiva” e “incontrolável” é normatizada e racionalizada. Paradoxalmente, é por meio de sofisticada tecnologia farmacológica que se oferece aos homens o resgate de suas características “primordiais”, da sua “verdadeira natureza sexual”, da sua “liberdade” e “confiança”. Moléculas e comportamentos são mesclados em um *continuum* naturalizado, construindo uma masculinidade em cujo centro sustenta-se o homem sexualmente potente, confiante, rígido e eficaz: um produto híbrido corpo-tecnologia, “super-natural”, na fronteira definitivamente esfumada entre natureza e cultura.

### Referências bibliográficas

- ANGELL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro, Record, 2007.
- AZIZE, R. Saúde e estilo de vida: divulgação e consumo de medicamentos em classes médias urbanas. In: LEITÃO, D.; LIMA, D.; MACHADO, R. P. (orgs.) *Antropologia e consumo: diálogos entre Brasil e Argentina*. Porto Alegre, AGE, 2006, pp.119-137.
- BIJKER, W. E. The social construction of Bakelite: towards a theory of invention. In: BIJKER, W.E.; HUGHES, T. & PINCH, T.J. (eds.) *The social construction of technological systems. New directions in the sociology and history of technology*. Cambridge, MIT Press, 1987, pp.159-187.
- \_\_\_\_\_. Do not despair: there is life after constructivism. *Science, technology & human values* vol.18, nº 1, Thousand Oaks, CA, Winter 1993, pp.113-138.
- BRIGEIRO, M. e MAKSUD, I. Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, vol.17, nº 1, 2009, pp.71-88.
- CAMARGO JR., K. R. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: a epistemologia intuitiva dos clínicos. In: CAMARGO JR., K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo, Hucitec, 2003, pp.147-185.
- CARRARA, S.; RUSSO, J. e FARO, L. 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, 2009, pp.659-678.
- CLARKE, A.; MAMO, L.; FISHMAN, J.; SHIM, J.; FOSKET, J. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, vol. 68, April, 2003, pp.161-194.
- CONNELL, R. W. La organización social de la masculinidad. In: VALDÉZ, T. & OLIVARRÍA, J. (eds) *Masculinidad/es: – p poder y crisis*. Santiago, Chile, Isis Ediciones de las mujeres/FLACSO, nº 24, 1997, pp.31-48.



- CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 2007.
- FARO, L. As disfunções sexuais femininas no periódico. *Archives of Sexual Behavior*. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2008.
- \_\_\_\_\_. Contornos da medicalização da sexualidade feminina no século XXI: disfunções sexuais femininas num periódico científico. Trabalho apresentado no 33º Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, 2009a. Disponível em: <http://www.encontroanpocs.org.br/2009/>. Acesso em: 15/12/2009.
- \_\_\_\_\_. A medicalização das disfunções sexuais femininas no contexto da farmacologização da sexualidade. Trabalho apresentado no XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, Rio de Janeiro, 2009b. Disponível em: <Site.asp?Codigo=45>. Acesso em: 22/06/2010.
- FLECK, L. *Genesis and Development of a Scientific Fact*. Chicago and London, The University of Chicago Press, 1979.
- GIAMI, A. Ethnographie d'une conférence médico-scientifique: l'influence de l'industrie pharmaceutique dans le champ de la sexologie. *Revue Sociologie / Santé*, n° 30, 2009a, pp.187-210.
- \_\_\_\_\_. Da impotência à disfunção erétil. Destinos da medicalização da sexualidade. *Physis. Revista de Saúde Coletiva* vol. 19, n° 3, Rio de Janeiro, 2009b, pp.637-658.
- GRACE, V.; POTTS, A.; GAVEY, N. & VARES, T. The Discursive Condition of Viagra. *Sexualities*, vol. 9, n° 3, London, Thousand Oaks e New Delhi, SAGE Publications, 2006, pp.295-314.
- KAPLAN, H. *A nova terapia do sexo*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1977.
- KRANE, R., GOLDSTEIN, I. e SAENZ de TEJADA, I. Impotence. *The New England Journal of Medicine*, vol. 321, n° 24, 1989, pp.1648-1659.
- LAKOFF, A. *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge MA, Cambridge University Press, 2005.
- LEXCHIN, J. Bigger and Better: How Pfizer Redefined Erectile Dysfunction. *Plosmedicine*, vol. 3, n° 4, 2006, pp.1-4.

- LOE, M. Fixing broken masculinity: Viagra as a technology for the production of gender and sexuality. *Sexuality and culture*, vol. 5, n° 3, 2001, pp.97-125.
- \_\_\_\_\_. *The rise of Viagra – how the little blue pill changed sex in America*. New York, New York University Press, 2004.
- \_\_\_\_\_. The Viagra blues: embracing or resisting the Viagra body. In: ROSENFELD, D. e FAIRCLOTH, C. (orgs.) *Medicalized Masculinities*. Philadelphia, Temple University Press, 2006.
- MAMO, L. & FISHMAN, J. Potency in all the right places: Viagra as a technology of the gendered body. In: *Body and society*, vol.7, n° 4, London, Thousand Oaks and New Delhi, SAGE Publications, 2001, pp.13-35.
- MARSHALL, B. Hard science: gendered construction of sexual dysfunction in the Viagra age. *Sexualities*, vol. 5, n° 2, London, Thousand Oaks and New Delhi, SAGE Publications, 2002, pp.131-158.
- \_\_\_\_\_. The New Virility: Viagra, Male Aging and Sexual Function. *Sexualities*, vol. 9, n° 3, London, Thousand Oaks and New Delhi, SAGE Publications, 2006, pp.345-362.
- \_\_\_\_\_ & KATZ, S. Forever Functional: Sexual Fitness and the Ageing Male Body. *Body & Society*, vol. 8, n° 4, London, Thousand Oaks and New Delhi, SAGE Publications, 2002, pp.43-70.
- MASTERS, W. & JOHNSON, V. *Human sexual response*. Boston, Little, Brown, 1966.
- \_\_\_\_\_. *Human sexual inadequacy*. Boston, Little, Brown, 1970.
- MULHALL, J., *et alii*. Erectile Dysfunction: Monitoring Response to Treatment in Clinical Practice – Recommendations of an International Study Panel. *Journal of Sexual Medicine*, n° 4, 2007, pp.448-464.
- OUDSHOORN, N. *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*. London, Routledge, 1994.
- PINCH, T. J. & BIJKER, W. E. The social construction of facts and artifacts: Or how the sociology of science and the sociology of technology might benefit each other. In: BIJKER, W.E., HUGHES, T. & PINCH, T.J. (eds). *The social construction of technological systems: new directions in the sociology and history of technology*. Cambridge, MIT Press, 1987, pp.17-50.

- RABELLO, E. T. Representações sociais mobilizadas pela propaganda televisiva de medicamentos: intersecções entre ciência, saúde e práticas de consumo. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. PPGSC do Instituto de Medicina Social UERJ, Rio de Janeiro, 2010.
- ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2001.
- \_\_\_\_\_. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Revista Estudos Feministas*, vol.17, nº 1, Florianópolis, 2009, pp.89-109.
- ROSENFELD, D. & FAIRCLOTH, C. A. Introduction: Medicalized Masculinities: The Missing Link? In: ROSENFELD, D. & FAIRCLOTH, C.A. (eds.) *Medicalized Masculinities*. Philadelphia, Temple University Press, 2006, pp.1-20.
- RUSSO, J. et alii. *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de Janeiro, CEPESC, 2011.
- SBU – SOCIEDADA BRASILEIRA DE UROLOGIA. Disfunção Erétil: Tratamento com Drogas Inibidoras da Fosfodiesterase Tipo 5. *Projeto Diretrizes* (Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina), 2006. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/5\\_volume/16-Disfun5.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/16-Disfun5.pdf). Acesso em 15/06/2010.
- TIEFER, L. The Viagra phenomenon. *Sexualities*, vol.9, nº 3. London, Thousand Oaks and New Delhi, SAGE Publications, 2006, pp.273-294.
- VARES, T. & BRAUN, V. Spreading the Word, but What Word is That? Viagra and Male Sexuality in Popular Culture. *Sexualities*, vol. 9, nº 3, London, Thousand Oaks and New Delhi, SAGE Publications, 2006, pp.315-332.
- WIENKE, C. Sex in the Natural Way: The Marketing of Cialis and Levitra. In: ROSENFELD, D. & FAIRCLOTH, C.A. (eds.) *Medicalized Masculinities*. Philadelphia, Temple University Press, 2006, pp.45-64.