

## TRABALHOS DE PESQUISAS

---

### FARMACOLOGIZAÇÃO DA SEXUALIDADE E DIREITOS SEXUAIS: REFLEXÕES SOBRE UMA POSSÍVEL INCOMPATIBILIDADE

*Jane A. Russo<sup>1</sup>*

### PHARMACOLOGIZATION OF SEXUALITY AND SEXUAL RIGHTS: REFLECTIONS ON A POSSIBLE MISMATCH

---

**Resumo:** Este artigo busca refletir sobre a relação entre o surgimento das drogas indicadas para disfunção erétil e o conseqüente florescimento da Medicina Sexual e o campo dos direitos sexuais. Para tanto, apresento e discuto o contexto do surgimento do Viagra e drogas assemelhadas. Busco argumentar que tal surgimento deve ser compreendido em articulação com o estabelecimento da categoria diagnóstica disfunção erétil, na medida em que a construção de tal categoria foi um fator relevante para o sucesso da nova droga e para sua intensa difusão. Apresento, em seguida, algumas hipóteses socioantropológicas sobre a impotência, transformada em disfunção erétil, como objeto relevante de pesquisa. Para concluir, procuro apontar como a abordagem farmacológica da sexualidade pode ser problemática do ponto de vista da Declaração dos Direitos Sexuais da WAS.

**Palavras-chave:** disfunção erétil; medicina sexual; farmacologização; direitos sexuais

**Abstract:** This essay focus on the relationship between, on the one hand, the emergence of drugs indicated for erectile dysfunction and the consequent flourishing of sexual medicine, and on the other, the sexual rights field. I start presenting and discussing the context of the emergence of Viagra and similar drugs I argue that the emergence of these drugs have a close association with the establishment of erectile dysfunction as a diagnostic category, meaning that the construction of such a category was an important factor for the success of the new drugs and their intense diffusion. I then present some socio-anthropological discussions on how impotence, transformed into erectile dysfunction, became a relevant object of research. In my final remarks I discuss the way this pharmacological approach to sexuality can be problematic from the point of view of the WAS Declaration of Sexual Rights.

**Keywords:** erectile dysfunction; sexual medicine; pharmacologization; sexual rights

---

1. Professora Associada do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos – CLAM-IMS-UERJ. E-mail: [jane.russo@gmail.com](mailto:jane.russo@gmail.com);

## Introdução

Em abril de 1998 um evento farmacológico mudou a vida de milhares de homens em diversos países do mundo. Foi lançada nos Estados Unidos pela Pfizer a molécula citrato de sildenafil, com o nome comercial Viagra. O lançamento no Brasil ocorreu dois meses depois, acompanhado de grande estardalhaço pela mídia (BRIGEIRO; MAKSUD, 2009). Desde então, a sexualidade, tanto de homens quanto de mulheres, nunca mais foi a mesma. O lançamento do citrato de sildenafil, e posteriormente outras drogas com efeito e indicação semelhantes<sup>2</sup>, levou ao intenso florescimento da Medicina Sexual, calcada em pesquisas sobre a então chamada impotência, que vinham sendo realizadas desde os anos 1980. A Medicina Sexual, difundindo uma visão biomédica dos transtornos da sexualidade baseada no sucesso das drogas contra a disfunção erétil, mudou a face de todo o campo terapêutico voltado para tais transtornos. O que antes se abordava a partir de uma compreensão seja psicológica, seja psicossocial, passou a ser visto como um conjunto de distúrbios somáticos tratáveis farmacologicamente.

Em 1999, um ano após o lançamento do Viagra, a World Association for Sexual Health (então chamada World Association of Sexology) lançou, durante seu 14º Congresso, a Declaração dos Direitos Sexuais<sup>3</sup>.

Pretendo refletir neste artigo sobre a relação entre o surgimento e o florescimento da Medicina Sexual e a afirmação dos direitos sexuais tais como foram elaborados na declaração de 1999.

Iniciarei minhas reflexões apresentando e discutindo o contexto do surgimento do Viagra e drogas assemelhadas. Em seguida buscarei

discutir como tal surgimento se articulou com o estabelecimento da categoria diagnóstica disfunção erétil, procurando demonstrar como o mesmo modo de construção de tal categoria foi um fator relevante para o sucesso da nova droga e para sua intensa difusão. Apresento, em seguida, algumas hipóteses que buscam entender, de um ponto de vista socioantropológico, a constituição da impotência, transformada em disfunção erétil, como objeto relevante de pesquisa. Para concluir, procuro apontar como a abordagem farmacológica da sexualidade pode ser problemática do ponto de vista dos direitos sexuais tais como definidos pelo congresso da WAS.

## O contexto do surgimento do Viagra

Logo após seu lançamento, o Viagra tornou-se um blockbuster, tendo seu uso disseminado não apenas entre homens que sofriam da chamada “disfunção erétil”, mas também entre homens jovens (ou nem tanto), como forma de aprimorar sua performance sexual. Ou seja, rapidamente um “uso recreacional” se difundiu.

Vou argumentar aqui que a própria construção da disfunção erétil como diagnóstico pavimentou o caminho para o uso recreacional do Viagra e assemelhados, levando a uma quase indistinção entre tratamento e aprimoramento. Partirei da seguinte pergunta: *como (e por que) o prazer sexual pode se tornar uma questão farmacológica, vinculando-se ao consumo de determinadas drogas?* Para tentar respondê-la, farei um breve passeio pelas transformações morais e políticas ocorridas no século XX.

Foi André Béjin, no seu conhecido artigo “Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos

2. Em 2003 a empresa farmacêutica Bayer lançou o Levitra (Vardenafil), que foi 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.

3. Ver em <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>

sexólogos” (BÉJIN, 1987), quem primeiro chamou a atenção para a importante mudança ocorrida entre a primeira sexologia – lançada pelos grandes mestres alemães (como Magnus Hirschfeld, Albert Moll, Kraft-Ebing) voltada para as chamadas “perversões”, isto é, as sexualidades periféricas ao casal (em especial para o que então se chamava inversão) – e a segunda sexologia, surgida nos Estados Unidos do pós-guerra – simbolizada pelo trabalho de A. Kinsey – voltada para a sexualidade conjugal (ou pelo menos heterossexual), a sexualidade do “homem comum”, que circunscreve o prazer (ou o orgasmo) como seu problema central.

Os trabalhos de Masters e Johnson, que chegam ao grande público entre 1966 e 1970, são o grande marco dessa sexologia e coincidem com um período de grande questionamento e ruptura com os valores morais tradicionais (ROBINSON, 1977; BULLOUGH, 1994).

De fato naquele momento, anos 1960 e 1970, a radicalização da cultura da juventude norte-americana resultou no que se convencionou chamar de “contracultura”, que teve no hedonismo e na busca de uma sexualidade livre das convenções sociais um de seus pilares fundamentais. É o momento da chamada “revolução sexual”, apoiada também nos movimentos gay e feminista (estes uma espécie de resultado da grande transformação moral do momento).

Os anos 1980 e 1990, por seu turno, assistiram ao que alguns críticos caracterizaram como “backlash conservador” – um retrocesso no que diz respeito ao campo tanto moral quanto político. É esse o período em que a crise e o desmantelamento do bloco socialista e da social-democracia europeia coincidiram com o triunfo do liberalismo econômico. A aparente vitória do capitalismo sobre as utopias que se apoiavam em uma compreensão mais coletiva ou socializante do mundo trouxe consigo o triunfo de um individualismo exacerbado<sup>4</sup>. Assim,

a busca da felicidade e do bem-estar tenderam a enfatizar a performance e o sucesso individuais. O consumo, como medida de felicidade e bem-estar, se potencializou enormemente, passando a definir cada vez mais a identidade dos sujeitos: você é o que você consome.

A cultura da juventude (que já tinha transformado o jovem em um consumidor em potencial) se transformou em um culto à juventude – levando ao consumo de produtos que prolonguem o máximo se não a juventude, a sensação de ser jovem. A velhice, ou mesmo a passagem da idade, foi se transformando em uma deficiência (física e mental) a ser combatida, passando a ser vista como um fracasso em se manter jovem.

A sexualidade, de bandeira política e símbolo de liberdade, passou, pouco a pouco, a ser monitorada como sinal de juventude, saúde e felicidade. A busca de uma vida sexual plena deixa de ser um sinal de contestação, começando a fazer parte da preocupação obsessiva com a saúde e a juventude dos *babyboomers* na meia idade.

Dois fenômenos se increvem no interior dessa transformação sociopolítica. O primeiro é a “remedicalização” (ou biologização) do psicológico, que se expressa de forma mais evidente no campo da psiquiatria. O segundo refere-se à expansão e desregulamentação da indústria farmacêutica.

A remedicalização do psicológico foi marcada pelo lançamento da terceira versão do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, da American Psychiatric Association, conhecido como DSM III, em 1980. Nesse momento, o surgimento e intensa expansão da chamada “psiquiatria biológica” coincidiu com o declínio da visão psicológica/psicanalítica dos transtornos mentais, dentro de um cenário em que a busca pelos fundamentos biológicos do comportamento humano encontrava-se em plena ascensão (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

---

4. Evidentemente o individualismo não surge nesse momento. Ao contrário, a ideologia individualista é um dos pilares da visão de mundo ocidental desde pelo menos o século XVIII, ver sobre isso em Dumont, 1983.

É importante ressaltar que esse declínio do psicológico teve um impacto extremamente importante na concepção da impotência. Até os anos 1980 a impotência era concebida como tendo uma origem psicológica (sendo então designada como psicogênica) ou física. Masters e Johnson e seus seguidores, por exemplo, acreditavam que a grande maioria dos casos de impotência que surgiam para tratamento era psicogênica. Em qualquer dos casos, o casal era o cliente a ser tratado. Com o fortalecimento da concepção biológica dos problemas que acometem o ser humano, a ideia de impotência psicogênica vai sendo deixada de lado em prol de uma compreensão inteiramente fisiológica do problema (GIAMI, 2000).

Ao mesmo tempo em que uma concepção biológica do comportamento humano se firma como visão hegemônica, uma importante transformação (ligada às transformações econômicas já mencionadas) ocorre na indústria farmacêutica. Em seu livro *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*, Marcia Angell, editora executiva e editora chefe interina do *New England Journal of Medicine* entre 1988 e 2000, hoje professora da Harvard Medical School, aponta justamente 1980 como um importante 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 Estados Unidos; mas entre 1980 e 2000, elas triplicaram.” (ANGELL, 2007, p. 19). Devido a esse salto sem precedentes, a partir do início da década de 1980 a indústria farmacêutica passou a estar entre as mais lucrativas dos Estados Unidos. Uma série de leis promulgadas a partir de 1980 vão desregular a indústria farmacêutica, facilitando enormemente a articulação entre as pesquisas realizadas em universidades e as empresas encarregadas de colocar no mercado os produtos das pesquisas. Ainda segundo Angell, o ethos das faculdades de medicina se transformou inteiramente, na medida em que as

faculdades passaram a se ver como parceiras da indústria, mostrando grande entusiasmo com as oportunidades de transformar suas descobertas em ganhos financeiros.

É nesse duplo contexto que descrevi – ressurgimento e consolidação de uma leitura organicista do que 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 estruturou, sob a coordenação de urologistas.

### O surgimento da Disfunção Erétil

Assiste-se assim, no decorrer dos anos 1980, a um aumento do número de pesquisas e artigos científicos sobre as disfunções sexuais masculinas (TIEFER, 2006) – a concepção psicogênica da impotência, fundamento das propostas terapêuticas baseadas no método Masters e Johnson, é deixada de lado em favor de uma concepção puramente orgânica.

As pesquisas levam a uma mudança na própria categoria diagnóstica, que deve ser passível de uma definição objetiva e “operacionalizável”. A categoria impotência, com seu forte peso simbólico e a tendência a abarcar o sujeito como um todo, é paulatinamente abandonada em favor da expressão “disfunção erétil”. Uma definição que não inclui qualquer consideração psicológica (ou situacional), ou qualquer referência à relação de parceria, que era a própria base do tratamento proposto por Masters e Johnson (GIAMI, 2009). Ao mesmo tempo, o fato de existirem graus de disfunção erétil (da mais leve à mais severa) descortina a possibilidade de um número expressivo de homens poderem ser incluídos (ou se incluir) no diagnóstico.

A definição precisa e circunscrita da categoria disfunção erétil – “A incapacidade persistente de conseguir ou manter uma rigidez suficiente na ereção para ter uma relação sexual” – torna obsoletas todas as questões subjetivas que poderiam estar presente no caso da impotência.

Ao mesmo tempo em que a objetividade torna a disfunção mais trabalhável, mais tratável através de meios objetivos, o diagnóstico é maleável, pois admite gradações: a DE pode ser leve e discreta, mediana ou grave. Neste sentido será percebida não apenas como algo menos insuperável do que a impotência, mas também passível de acometer qualquer um em qualquer momento.

Os esforços dos urologistas na busca por um tratamento estritamente médico 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 foi seguida por outras, e com o endosso da OMS, a disfunção erétil transformou-se em uma categoria diagnóstica oficial para a qual existe um tratamento (farmacológico) também oficial.

### **Do homem impotente ao homem disfuncional: reforçando os estereótipos de gênero**

Resta saber por que a impotência surge nesse momento como um tema relevante, objeto de tantas pesquisas e investimento da indústria. Segundo Barbara Marshall (2006, 2007), até os anos 1960 a impotência era encarada de duas formas. Entre os homens mais jovens como resultado do estresse da vida moderna (a impotência psicogênica de Masters e Johnson). Entre os mais velhos, como uma consequência natural do envelhecimento. Tanto que a reposição de testosterona para homens, já colocada como possibilidade para os males do envelhecimento desde os anos 1930, visava a recuperação do vigor

físico e da capacidade produtiva. A recuperação da capacidade erétil era vista como um efeito colateral não necessariamente bem-vindo, pois ia contra o curso natural da vida e do casamento (HOBBERMAN, 2005).

A chamada “revolução sexual” – quando a sexualidade passa a ser vista como componente importante da vida em todas as suas fases – teve um efeito importante sobre essa visão mais tradicional da impotência. A extrema valorização da juventude e a visão do envelhecimento como um defeito colocam as bases para uma transformação no modo de encará-la (MARSHALL; KATZ, 2002).

A socióloga Meika Loe, autora do livro *The rise of Viagra*, chama a atenção para um outro componente importante no aumento das pesquisas em torno do substrato fisiológico da impotência. Loe se refere à “crise da masculinidade”, cujo ponto de emergência estaria nas transformações sociais e culturais ocorridas no pós-guerra, em especial nos anos 1960 e 1970, as quais me referi. A mudança no status da mulher e o surgimento do movimento gay representaram um duro golpe na chamada masculinidade hegemônica, levando a uma confusão acerca do que define (ou deixa de definir) ser homem.

Ao mesmo tempo, o lançamento no mercado da pílula anticoncepcional, ao remover os obstáculos que mantinham a dupla moral sexual, transformou as mulheres em “consumidoras críticas da performance masculina” (LOE, 2004, p. 13), aumentando a ansiedade do homem heterossexual em torno das definições tradicionais de masculinidade.

Para Loe, a “era Viagra” representou o surgimento de um movimento de recuperação da masculinidade baseado em um medicamento, e a reemergência do corpo masculino como locus de confiança e controle, através de um intenso investimento (científico e financeiro) na restauração ou melhoria da “potência sexual masculina”.

Acredito que a definição estritamente orgânica da potência sexual, deixando de lado

considerações afetivas, sociais ou morais, retirou-a do campo de embate político 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 recuperada. Neste sentido, o (re) empoderamento masculino passa necessariamente pela biomedicalização da sexualidade masculina, o que acarretará transformações importantes na própria definição dessa sexualidade (RUSSO, 2013).

É importante lembrar que a adoção de um remédio como solução para os transtornos da sexualidade é bem mais palatável para o universo masculino do que as vagas promessas de uma terapia psicológica, mais indicadas para o modo tradicional de se encarar as mulheres. Estas seriam mais propensas a uma compreensão intuitiva e emocional do mundo, portanto mais inclinadas à subjetivação necessária a tratamentos psicológicos e assemelhados. O homem, mais racional e voltado para as questões práticas da vida, é naturalmente menos inclinado à subjetivação, e portanto, a expressar possíveis conflitos psíquicos ou relacionais. É interessante percebermos que, dentro dessa visão tradicional, a própria sexualidade feminina será vista como mais relacional (dependendo mais dos afetos e das relações) e a sexualidade masculina, ao contrário, como naturalmente descolada dos afetos e das relações. Por isso é possível praticamente reduzi-la à chamada função erétil. Ao mesmo tempo em que essa redução tem, é claro, um efeito de retorno, reforçando o estereótipo acerca das diferenças de

gênero<sup>5</sup>.

### Em busca da performance ideal

A análise das campanhas comerciais do Viagra em diversos países tem mostrado que, embora tenha sido promovido na fase inicial para um público mais velho, com o tempo, o medicamento passou a ser sugerido para homens cada vez jovens que começam a aparecer nos anúncios sem a presumível parceira. Deste modo o Viagra converteu-se em algo destinado a melhorar a performance sexual em si mesma, sem restrição a um grupo particular ou a uma relação de parceria (VARES; BRAUN, 2006; WIENKE, 2006). Diversas pesquisas apontam o uso “recreacional” do Viagra e drogas assemelhadas por homens jovens que acabam “viciados” nesse uso para manter relações sexuais.

Podemos ver aí um problema do uso equivocado, ou da propaganda enganosa dos laboratórios. Mas não é possível deixar de perceber que algo na própria formulação da categoria diagnóstica “disfunção erétil” (DE) já prenunciava essa possibilidade. A DE, definida como tendo graus variáveis, acaba sendo capaz de abarcar um número grande de homens em seu guarda-chuva. É importante lembrar que o Massachusetts Male Aging Study concluiu que 40% dos homens americanos acima de 40 anos sofriam de algum grau de DE<sup>6</sup>. No Brasil a porcentagem apontada nas pesquisas pode chegar a 50%. Nos sites dos laboratórios ou das sociedades de urologia é comum que o limite de idade seja deixado de lado, para uma afirmação generalizante do tipo “50% dos brasileiros sofrem de DE”, que acaba publicada

5. Esses modos diferentes de se conceber as sexualidades masculina e feminina não impedem que pesquisadores e laboratórios farmacêuticos busquem remédios voltados para as disfunções femininas. Ver sobre isso em Hartley (2006), entre outros.

6. O MMAS foi uma pesquisa conduzida no estado norte-americano de Massachusetts no final dos anos 1980, com uma amostra inicial de 1709 homens entre 40 e 70 anos. Uma série de estudos de follow-up foram realizados nos anos 1990, e suas estatísticas até hoje são muito citadas tanto em textos acadêmicos quanto em peças publicitárias de laboratórios. Ver, entre outros, Feldman et al, 1994.

na grande mídia. Ou seja, o próprio modo de construção do diagnóstico e da sua difusão pelos especialistas permitiu sua banalização: é possível para qualquer homem, em qualquer idade, sofrer de algum grau de disfunção erétil. Isto é, todo homem é potencialmente um disfuncional.

Banaliza-se, ao mesmo tempo, a ideia de que *é possível controlar a instabilidade e a imprevisibilidade do órgão sexual masculino*. Ou seja, é possível, como se exige do homem verdadeiramente viril, estar sempre pronto para uma performance sem falhas. Assim é que uma performance sem falhas, que nunca existiu para nenhum homem possivelmente em nenhum momento da história, tende a se tornar o ideal a ser perseguido.

Performance sem falhas para o jovem, uma sexualidade exuberante para os senhores de meia-idade e os idosos. Está colocado o cenário para que o Viagra e drogas assemelhadas se tornem “drogas de estilo de vida”, mais voltadas para o aprimoramento (*enhancement*) das capacidades do sujeito, do que para a reparação de alguma disfunção ou mal-estar (AZIZE; ARAÚJO, 2003).

Chego assim à pergunta feita no início deste artigo: o prazer sexual cada vez mais se traduz como resultado de uma performance sexual ideal, por isso acaba se tornando um *commodity* a ser consumido (com as pílulas que garantem a performance sexual ideal).

Quem deve ser responsabilizado pelo fato de um medicamento teoricamente lançado para tratar uma condição médica específica acabar sendo consumido para aprimorar a performance de qualquer um? A indústria (na sua ganância por ganhar dinheiro)? Os pesquisadores (que muitas vezes não distinguem de forma precisa os interesses da ciência daqueles da indústria)? A grande mídia (que simplifica os resultados das pesquisas, ou dá voz a pesquisadores inescrupulosos)? O público (ávido pela pílula mágica que vai resolver todos os problemas)? Os médicos (que acabam receitando medicamentos de forma indiscriminada, iludidos –

e muitas vezes cooptados – pela propaganda da indústria)? Ou um pouco de tudo isso?

É claro que a melhor resposta é a última. A responsabilidade deve ser partilhada por todos os atores do processo. Mas não podemos deixar de observar que o atual embaralhamento entre pesquisa, indústria, marketing e clínica está transformando de forma radical nossas formas de pensar a saúde, o bem-estar e a própria vida. E tenho grandes dúvidas se essa transformação é um real progresso e se ela vai na direção da afirmação do “direito ao prazer sexual” como um direito sexual universal (que consta na declaração dos direitos sexuais tal como adotada no 14º Congresso mundial de sexologia de 1999).

### **A “performance sem falhas” no contexto dos direitos sexuais**

A Declaração dos Direitos Sexuais da Associação Mundial para a Saúde Sexual (World Association for Sexual Health – WAS), então chamada Associação Mundial de Sexologia (World Association of Sexology), foi elaborada durante o 13º Congresso Mundial de Sexologia, realizado na Espanha em 1997, e aprovada no congresso seguinte, de 1999, realizado em Hong Kong.

Sua versão em língua portuguesa pode ser encontrada em <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>, de onde também é possível fazer o download da versão original em inglês. Como a tradução portuguesa contém várias imprecisões, utilizo uma tradução livre, ao lado do texto original, exceto no caso do preâmbulo, em que uso a tradução publicada no site.

A declaração tem um preâmbulo e onze artigos. Vou centrar meus comentários em um parágrafo do preâmbulo e em dois artigos. Buscarei argumentar que a farmacologização da sexualidade e a consequente hegemonia da medicina sexual no campo das intervenções sobre a sexualidade contrariam algumas das metas preconizadas pela

WAS em sua declaração.

Em seu preâmbulo, a declaração parte do pressuposto de que “Os direitos sexuais são direitos humanos universais baseados na liberdade inerente, dignidade e igualdade de todos os seres humanos”. Ora, o sexo sem falhas proporcionado por um medicamento, ao se tornar uma commodity (mercadoria), entra no circuito do consumo e da diferenciação social pelo poder aquisitivo. Ou seja, passa a ser um signo de distinção social baseado na classe e no poder de compra. O direito ao prazer sexual (idealizado) se particulariza e se restringe às camadas superiores da população, indo de encontro à afirmação dos direitos sexuais como direitos humanos universais.

No 5º artigo da declaração, que trata do direito ao prazer sexual, lemos “Sexual pleasure, including autoeroticism, is a source of physical, psychological, intellectual and spiritual well being” [o prazer sexual, incluindo o autoerotismo, é uma fonte de bem estar-físico, psicológico e espiritual]. Minha pergunta neste caso é: não estará o prazer sexual, ao se atrelar intimamente à preocupação com uma performance sexual ideal, deixando de ser um direito para se transformar em uma obrigação cheia de ansiedade e tensão? Tendo em vista tal questão, não será o ideal de uma performance sem falhas, induzido pela farmacologização da sexualidade, necessariamente contrário à própria noção de bem-estar físico, psicológico e espiritual?

O 9º artigo da declaração trata do direito à informação sexual baseada no conhecimento científico, afirmando que “This right implies that sexual information should be generated through the process of unencumbered and yet scientifically ethical inquiry, and disseminated in appropriate ways at all societal levels” [este direito implica que a informação sexual seja gerada através de um processo de pesquisa livre ainda que cientificamente ético, e disseminada de forma apropriada em todos os níveis sociais].

Importantes trabalhos publicados recentemente advertem-nos para a centralidade

cada vez maior da indústria farmacêutica no processo de criação e estabilização de diagnósticos e do seu tratamento (WOLINSKY, 2005; PETRYNA, LAKOFF; KLEINMAN, 2006). Com o surgimento das drogas para DE (e mais recentemente para ejaculação precoce e outros transtornos como o Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino ou o Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo), o papel definidor da indústria tem crescido no campo das intervenções clínicas sobre a sexualidade. Ou seja, cada vez mais o conhecimento científico acerca da sexualidade humana e, sobretudo, acerca de suas perturbações, tem ficado a reboque dos interesses da indústria farmacêutica que, segundo a literatura mencionada, estão direcionados não necessariamente para a promoção de saúde, mas para um aumento do consumo de medicamentos (DUMIT, 2012). Esse fato pode ser comprovado pela observação do agressivo marketing da indústria, que atinge não apenas o público leigo, através da mídia, mas também (e sobretudo) o profissional especializado (BARROS, 1983; OLDANI, 2004). Fica a pergunta: a pesquisa em torno dos transtornos da sexualidade tem sido conduzida de forma cientificamente ética? Sua disseminação tem ocorrido de forma apropriada, ou tem ela sido objeto de uma influência crescente do setor de marketing da indústria? Neste caso voltamos ao espírito da declaração: como pensar, nesse contexto, as noções de autonomia, liberdade e direitos (que estão na base de sua formulação)?

## Conclusão

O objetivo da Declaração dos Direitos Sexuais lançada pelo WAS em 1999 parece ter sido o de buscar assegurar os direitos mínimos de populações fragilizadas seja do ponto de vista econômico, seja do ponto de vista social. Por exemplo, mulheres obrigadas a casar com quem não desejam, casais impedidos de escolher seu caminho reprodutivo, minorias sexuais perseguidas. A indústria farmacêutica e seus produtos parecem

bem distante disso tudo.

A tendência é percebermos aqueles que consomem remédios ou outros produtos voltados para o aprimoramento da própria performance como parte dos estratos privilegiados da população cujos direitos sexuais já estão garantidos (RUSSO, 2011). Meu objetivo neste texto foi o de problematizar essa maneira usual de encarmos a questão dos direitos sexuais e atentarmos para ameaças a tais direitos onde eles parecem estar ausentes.

É verdade que o advento do Viagra e drogas assemelhadas trouxe mais bem-estar e felicidade para homens com sérios problemas de disfunção erétil. Entretanto, sua intensa disseminação e popularização, bem como a própria concepção de uma sexualidade sempre passível de aprimoramento, fez surgir um conjunto de problemas para as noções de direitos sexuais e de saúde sexual que cabe a nós, especialistas, debater.

### Referências bibliográficas

ANGELL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2007. 319 p.

AZIZE, R. L.; ARAÚJO, E. S. "A pílula azul: uma análise de representações sobre masculinidade em face do Viagra". *Antropolítica*, n. 14, p. 133-151, 2003.

BARROS, J. A. "Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos". *Revista de Saúde Pública*, n. 17, p. 377-386, 1983.

BÉJIN, A. "Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos". In: ARRIÉS, P.; BÉJIN, A. (eds.). *Sexualidades ocidentais*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. 254p.

BRIGEIRO, M.; MAKSUD, I. "Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo,

gênero e sexualidade na mídia". *Revista de Estudos Feministas*, v. 17 n.1, 2009.

BULLOUGH, V. L. *Science in the bedroom: a history of sex research*. Nova York: Basic Books, 1994. 376p.

DUMIT, J. *Drugs for life: how pharmaceutical companies define our health*. Durham e Londres, Duke University Press, 2012. 262 p.

DUMONT, L. *Essais sur l'individualisme*. Paris, Éditions du Seuil, 1983. 268 p.

FELDMAN, H.; GOLDSTEIN, I.; HATZICHRISTOU, D. "Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study". *The Journal of Urology*. v. 151, n. 1, p. 54-61, 1994.

GIAMI, A. "Socioepidemiologia da impotência masculina: evolução dos conceitos nosográficos e dos dados epidemiológicos". *Terapia sexual: clínica, pesquisa e aspectos psicossociais*, v. 3, n. 2, p. 18-38, 2000.

GIAMI, A. "Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade." *Physis - revista de saúde coletiva*, v. 19, n. 3, p. 637-658, 2009.

HOBERMAN, J. *Testosterone dreams: rejuvenation, aphrodisia, doping*. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 2005. 379 p.

HARTLEY, H. "The pinking of Viagra culture: drug industry efforts to create and repackage sex drugs for women". *Sexualities*, v. 9, n. 3, p. 363-378, 2006.

LOE, M. *The rise of Viagra: how the little blue pill changed sex in America*. Nova York: New York University Press, 2004. 280 p.

MARSHALL, B. L. "The new virility: Viagra, male

aging and sexual function". *Sexualities*, v. 9, n. 3, p. 345-362, jul. 2006.

MARSHALL, B. L. "Climateric redux?: (re)medicalizing the male menopause". *Men and masculinity*, v. 9, n. 4, p. 509-529, abr. 2007.

MARSHALL, B. L.; KATZ, S. "Forever functional: sexual fitness and the ageing male body". *Body & Society*, v. 8, n. 4, p. 43-70 dez. 2002.

OLDANI, M. "Thick prescriptions: toward an interpretation of pharmaceutical sales practices". *Medical Anthropology Quarterly*, v. 18, n. 3, p. 325-356, 2004.

PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. (orgs.) *Global pharmaceuticals: ethics, markets, practices*. Durham; Londres: Duke University Press, 2006.

ROBINSON, P. A. *The modernization of sex*. Nova York: Harper and Row, 1977. 224p.

RUSSO, J. A.; VENANCIO, A. T. "Classificando as pessoas e suas perturbações: a 'revolução terminológica' do DSM III". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 9, n. 3, p. 460-483, set. 2006.

RUSSO, J. A.; VENANCIO, A. T. "O campo da sexologia e seus efeitos sobre a política sexual". In: CORREA, S.; PARKER, R. (eds.) *Sexualidade e Política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos*. Rio de Janeiro: ABIA, 2011. 383p.

RUSSO, J. A.; VENANCIO, A. T. "A terceira onda sexológica: medicina sexual e a farmacologização da sexualidade". *Sexualidad, salud y sociedad*, n. 14, 2013.

TIEFER, L. "The Viagra phenomenon". *Sexualities*, v. 9, n. 3, p. 273-294, jul. 2006.

VARES, T.; BRAUN, V. "Spreading the word, but what word is that?

Viagra and male sexuality in popular culture". *Sexualities*, v. 9, n. 3, p. 315-322, jul. 2006.

WIENKE, C. "Sex the natural way: the marketing of cialis and levitra". In: ROSENFELD, D.; FAIRCLOTH, C. A. (eds.) *Medicalized masculinities*. Philadelphia: Temple University Press, 2006. 263p.

WOLINSKY, H. "Disease mongering and drug marketing". *European Molecular Biology Organization*, v. 6, n. 7, p. 612-614, 2005.