

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

BRUNA KLÖPPEL

**A PRODUÇÃO DA SEGURANÇA DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL:  
biomedicalização e gênero na ginecologia brasileira**

PORTO ALEGRE  
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

BRUNA KLÖPPEL

**A PRODUÇÃO DA SEGURANÇA DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL:  
biomedicalização e gênero na ginecologia brasileira**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para a obtenção do título de Doutorado em Antropologia Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fabíola Rohden

PORTO ALEGRE  
2021

### CIP - Catalogação na Publicação

Klöppel, Bruna  
A PRODUÇÃO DA SEGURANÇA DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL:  
biomedicalização e gênero na ginecologia brasileira /  
Bruna Klöppel.-- 2022.  
421 f.  
Orientadora: Fabiola Rohden.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências  
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia  
Social, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Pílulas Anticoncepcionais. 2. Gênero. 3. Saúde.  
4. Ginecologia. 5. Biomedicalização. I. Rohden,  
Fabiola, orient. II. Título.

BRUNA KLÖPPEL

**A PRODUÇÃO DA SEGURANÇA DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL:  
biomedicalização e gênero na ginecologia brasileira**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para a obtenção do título de Doutorado em Antropologia Social.

Aprovação em 09/03/2022, com louvor.

BANCA EXAMINADORA:

---

Fabíola Rohden (Orientadora)  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Daniela Riva Knauth  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Carmen Simone Grilo Diniz  
Universidade de São Paulo

---

Elaine Brandão  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico este trabalho àquelas que me inspiraram a escrevê-lo: Eremita Machado Lopes (*in memoriam*), Nirceia Regina Lopes e Ana Clara Lopes Hostins.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família por todo apoio, paciência, confiança e cuidado.

Agradeço ao Leonardo Koch Kewitz por me incentivar, me escutar, me abraçar e me ceder o escritório até o término da escrita desta tese.

Agradeço à Ada por existir e animar meus dias.

Agradeço à minha orientadora, Fabiola Rohden, pela inspiração, cuidado, dedicação, gentileza e confiança.

Agradeço às amigas e amigos que foram fundamentais durante todo o doutorado: Rafaela Costa, Bianca Cadore, Bruna Dietrich, Mariana Koch, Arine Schmidt, Hayuni Schramm, Isadora Zendron, Izabel Soppa, Fred Karsten e Jorge Holanda.

Agradeço à Heloisa Marcon, por me ajudar a me escutar.

Sou grata às amigas e amigos do grupo de pesquisa Ciências na Vida pelas trocas sempre estimulantes.

Agradeço àqueles e àquelas que contribuíram com a pesquisa das mais diferentes formas.

Agradeço às professoras que aceitaram dialogar com esse trabalho por meio do aceite da participação na banca examinadora: Daniela Riva Knauth, Elaine Brandão e Carmen Simone Diniz. Muito obrigada.

Agradeço à Camila Cavalheiro pelo auxílio na formatação desta tese.

Agradeço ainda às professoras e professores, às funcionárias e funcionários, bem como aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, pela atenção e cuidado.

Por fim, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ao CNPq e à CAPES, pelo apoio financeiro fundamental que possibilitou dedicação exclusiva ao doutorado, à pesquisa de campo e à participação em congressos.

## RESUMO

Levando em consideração que a segurança das pílulas anticoncepcionais voltou a ser alvo de controvérsias nos anos 2010, este trabalho teve como objetivo descrever como a ginecologia brasileira tem se posicionado nesse quadro. Tomando a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) como ponto de partida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com especialistas em contracepção, observações participantes em congressos nacionais e regionais de ginecologia, além de acompanhamento de notícias sobre contracepção na imprensa, em sites de associações médicas e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Dentre as conclusões, observou-se que as práticas da ginecologia hegemônica têm enfatizado os benefícios e minimizado os riscos das pílulas, contribuindo para a produção e reiteração da segurança do dispositivo. Também são descritas as consequências que tais práticas têm na atualização do aparato de gênero, saúde, risco, aprimoramento e biomedicalização.

**Palavras-chave:** Pílulas Anticoncepcionais; Gênero; Saúde; Ginecologia; Biomedicalização; Aprimoramento.

## **ABSTRACT**

Considering that the safety of contraceptive pills was once again the subject of controversy in the 2010s, this study aimed to describe where Brazilian gynecology has stood in this context. Taking the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations (Febrasgo) as a starting point, semi-structured interviews with specialists in contraception were conducted, participant observation was carried out at national and regional congresses of gynecology, in addition to keeping up to date with news about contraception in the press, and on websites of medical associations and of the National Health Surveillance Agency (Anvisa). Among the conclusions, it was observed that the practices of hegemonic gynecology have emphasized the benefits and minimized the risks of the pills, contributing to the production and reiteration of the safety of the device. The consequences that such practices have in the updating of the gender, health, risk, enhancement, and biomedicalization apparatus are also described.

**Keywords:** Birth control pills; Gender; Health; Gynecology; Biomedicalization; Enhancement.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Capa da Revista Época de março de 2015	16
Figura 2 - Página inicial do sítio da campanha “Vamos Decidir Juntos - Contraceção Consciente”	145
Figura 3 - Slide “SHBG como marcador de estrogenicidade de um COC” por Machado (2018)	176
Figura 4 - Slide “Tromboembolismo venoso x COCs” por Machado (Machado, 2018)	178
Figura 5 - Fotografia do Slide Conferência “A magnitude do TEV na mulher”, proferida por Eduardo no dia 04 de agosto de 2018 e patrocinada pela empresa Sanofi, no XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em Porto Alegre (RS).	186
Figura 6 - Quadro comparativo do risco de TEV em diferentes “perfis de mulheres”	189
Figura 7 - Slide “Anticoncepção no tempo: percepção das usuárias”	192
Figura 8 - “Evolução” das Pílulas Anticoncepcionais	195
Figura 9 - Propaganda da pílula combinada “Stezza”, da MS&D	196
Figura 10 - Slide “Mulheres têm medo de hormônio?” (Marcelo, Sogesp 2019)	212
Figura 11 - Slide “Mídia” (Marcelo, Sogesp 2020)	214
Figura 12 - Slides “Mídia Social #hormoniofobia” (Marcelo, 2020)	215
Figura 13 - Slides “Mídia Social #hormoniofobia” 2 (Marcelo, Sogesp 2019)	216
Figura 14 - Slide “Riscos: relativo, absoluto e atribuível”	219
Figura 15 - Slide “Exemplos de repercussão na mídia social”	221
Figura 16 - Slide “Como explicar o risco?”	223
Figura 17 - "Contraceção Oral Segura”	230
Figura 18 - Slide “Contraceptivos Orais Combinados: dose estrogênica e sangramento irregular” (2018)	326
Figura 19 - Folheto de propaganda da pílula Adoless® da FQM Farma	334
Figura 20 - Gráfico reproduzido no slide “Percepção das mulheres sobre os benefícios não contraceptivos dos COCs” e publicado no artigo “Women's knowledge of health effects of oral contraceptives in five Brazilian cities” (Machado et al, 2012)	348
Figura 21 - A opinião de 500 mulheres brasileiras, expressa em porcentagens, quanto aos contraceptivos orais e tópicos relacionados ao ciclo menstrual	350

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos Contraceptivos Orais Combinados por Compostos e Gerações	164
Quadro 2 - Anticoncepcionais mais vendidos no Brasil	166
Quadro 3 - Artigos citados na seção “Existem diferenças no risco tromboembólico entre os contraceptivos orais combinados?” do volume da série “Orientações e Recomendações da Febrasgo”	170
Quadro 4 - Classificação dos progestagênios em relação ao efeito estrogênico e risco tromboembólico	177
Quadro 5 - Ginecologistas mais atuantes nas discussões sobre anticoncepção no âmbito da Febrasgo e da Sogesp	207
Quadro 6 - “Aulas” dos Cursos em Anticoncepção dos Congressos Paulistas de Obstetrícia e Ginecologia analisadas	210
Quadro 7 - Abordagens de anticoncepção/planejamento familiar e modelos de risco nas pesquisas com anticoncepcionais femininos	275

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - “O risco de TVP associada ao AHCO te preocupa?”	227
Tabela 2 - Conhecimento das mulheres pesquisadas sobre os diferentes contraceptivos	295
Tabela 3 - Métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres pesquisadas no Brasil em comparação com 11 países europeus	295

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEFP	Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar
AMA	American Medical Association
AMB	Associação Médica Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
CBGO	Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CPAIME	Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
COC'S	Contraceptivos Orais Combinados
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CSD	Committee on Safety of Medicines
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo Intrauterino
EE	Etinilestradiol
EMA	European Medicines Agency
EURAS	European Active Surveillance Study
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FDA	Food and Drug Administration
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
HIV	Vírus Da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPPF	International Planning Parenthood Federation
BEM	Medicina Baseada Em Evidências
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
LARCS	Métodos Contraceptivos Reversíveis De Longa Duração
MESH	Medical Subject Headings
MSD	Merck Sharp Dohme
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SBRH	Sociedade Brasileira de Reprodução Humana
SHBG	Proteína Carregadora de Hormônios Sexuais
SIU	Sistema Intrauterino de Levonorgestrel
SOBRAC	Associação Brasileira de Climatério
SOGESP	Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo
SOGIRGS	Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul
SOGIMIG	Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais
SPM	Síndrome Pré-Menstrual
SUS	O Sistema Único de Saúde
TAR	Teoria-Ator-Rede
TANCO	Thinking About Needs in Contraceptives
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TEV	Tromboembolismo Venoso
TPM	Tensão Pré-Menstrual

TVC	Trombose Venosa Cerebral
TVP	Trombose Venosa Profunda
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USAID	United States Agency for International Development
VDJ	Vamos Decidir Juntos

## SUMÁRIO

<b>PRÓLOGO</b>	12
<b>INTRODUÇÃO</b>	15
<b>Considerações teórico-metodológicas</b>	22
<i>Sexo, gênero e sexualidade</i>	31
<i>Biomedicalização, aprimoramento e recursos hormonais</i>	33
<i>Pílulas anticoncepcionais, biomedicalização e gênero</i>	39
<i>Práticas de recusa à pílula anticoncepcional, biomedicalização e gênero</i>	51
<i>Outras práticas em torno dos hormônios contraceptivos e da biomedicalização</i>	58
<b>CAPÍTULO 1 - A pílula anticoncepcional entre o controle e a liberdade</b>	70
<b>1.1 Pílula: revolução e liberdade?</b>	70
<b>1.2. O Controle de Natalidade no Século XIX</b>	73
<b>1.3. Ginecologia, Estado e Diferença Sexual</b>	80
<b>1.4. Degeneração, branqueamento e democracia racial no Brasil</b>	84
<b>1.6. Da legitimação à “cientificização” da contraceção</b>	95
<b>1.7. Da “hormonização” da diferença à materialização da pílula</b>	99
<b>1.8. O sucesso da pílula: medicalização e “revolução sexual”</b>	110
<b>1.9. As primeiras controvérsias públicas em torno da pílula</b>	115
<b>1.10. Embates em torno da contraceção e da pílula no Brasil - 1960-1980</b>	122
<b>1.11. Considerações finais</b>	133
<b>CAPÍTULO 2 – A “evolução” das pílulas anticoncepcionais e o risco de tromboembolismo venoso</b>	139
<b>2.1 Evolução e segurança nos contraceptivos orais combinados</b>	139
<b>2.2 As pílulas anticoncepcionais e as respostas ginecológicas à sua associação ao risco de tromboembolismo venoso (TEV): material analisado</b>	142
<b>2.3 Tromboembolismo venoso (TEV) e seus efeitos</b>	148
<b>2.4 Multiplicidade semiótico-material na história dos contraceptivos orais combinados</b>	150
<b>2.5 Diferenciando as pílulas anticoncepcionais em relação ao risco de TEV: os estrogênios</b>	166
<b>2.6 Diferenciando as pílulas anticoncepcionais em relação ao risco de TEV: os progestagênios</b>	168
2.6.1 <i>Recomendações da Febrasgo</i>	168
2.6.2 <i>Teleaula “Benefícios não contraceptivos e segurança dos anticoncepcionais com progestagênios antiandrogênicos”, por Rogério Bonassi Machado (2018)</i>	175
2.6.3 <i>Simpósio/Lunch meeting da Libbs e Conferência “A magnitude do TEV na mulher”, por Eduardo</i>	181
2.6.4 <i>Campanha Vamos Decidir Juntos</i>	188

2.7 “Evolução” das pílulas anticoncepcionais: da segurança aos “benefícios extracontraceptivos”	191
2.8 Considerações finais	198
<b>CAPÍTULO 3 - Aparatos de produção do “risco real” de trombose venosa: diagnósticos e soluções para as controvérsias</b>	205
3.1 Aparatos de produção do “risco real” de TEV nas pílulas anticoncepcionais	205
3.2 “Círculo” Febrasgo-Sogesp-Libbs	209
<i>Diagnósticos</i>	210
<i>O “risco real” é o risco absoluto, que é baixo</i>	218
<i>Relativizando o risco via comparações (gravidez e puerpério, outros riscos e trombofilia)</i>	228
3.3 “Círculo” em torno do XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia	236
3.3.1 <i>Da Febrasgo a Porto Alegre: três ginecologistas</i>	242
3.4 Da ginecologia feminista às práticas de recusa às pílulas anticoncepcionais: acrescentando elementos às redes de segurança	248
3.5 Considerações finais	255
3.5.1 <i>Círculo Febrasgo-Sogesp-Libbs</i>	255
3.5.2 <i>Círculo XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia</i>	264
3.5.3 <i>Ginecologia feminista e outros enquadramentos possíveis</i>	268
<b>CAPÍTULO 4 - O risco da gravidez não planejada: a missão da ginecologia e o movimento em direção aos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração</b>	272
4.1 Os riscos da gravidez não planejada	272
4.2 Abordagens de avaliação de segurança nas tecnologias contraceptivas	274
4.3 Círculo dos LARCs	278
4.3.1 <i>Os efeitos colaterais das pílulas e a busca e dificuldade no acesso aos LARCs</i>	278
4.3.2 <i>Do uso incorreto das pílulas à alta eficácia dos LARCs</i>	290
4.3.3 <i>A produção da gravidez na adolescência e na pobreza como de risco</i>	304
4.4 Considerações finais	311
<b>CAPÍTULO 5 – Dos efeitos colaterais aos benefícios extracontraceptivos: a produção da mulheridade e das pílulas combinadas</b>	323
5.1 Introdução	323
5.2 A dose de estrogênio e a preocupação com a adesão: dos efeitos colaterais “menores” aos sangramentos programados	324
5.2.1 <i>Efeitos colaterais versus adesão</i>	336
5.2.2 <i>Da menstruação aos sangramentos de privação hormonal</i>	339
5.3 Os diferentes progestagênios e a promoção dos “benefícios extracontraceptivos”	345
5.3.1 <i>A coprodução dos “benefícios extracontraceptivos” e das mulheres usuárias</i>	346
5.3.2 <i>Os “benefícios estéticos” e a produção da “nova usuária” adolescente</i>	352

<i>5.3.3 A mobilidade das fronteiras entre as pílulas de diferentes gerações</i>	361
<i>5.3.4 Práticas de prescrição, consumo de informações e a atuação da indústria farmacêutica</i>	363
<b>5.4 Considerações finais</b>	366
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	377
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	400
<b>Fontes primárias</b>	411



## PRÓLOGO

Minha avó materna - nascida em Tijucas (SC), católica devota, sem educação formal, empregada doméstica, cozinheira e mãe de seis filhos - costumava lamentar que a pílula não estivesse disponível quando era mais jovem. Ela teve sua última filha, minha mãe, em 1966, quando o contraceptivo já estava disponível no Brasil, embora inacessível a ela. Já minha mãe, nascida em Blumenau (SC), desistiu do uso da pílula nos anos 1980 por conta das náuseas que sentia como efeito colateral. De seu encontro com meu pai, nascido em Bom Retiro (SC) e filho de um agricultor e de uma professora primária, eu acabei nascendo de uma gravidez não planejada em 1989. Na época, minha mãe tinha 23 anos e ainda não tinha iniciado a graduação (e viria a ser a primeira da família a fazê-lo) e meu pai tinha 34 anos, era viúvo e tinha dois filhos já adolescentes. Fui a primeira filha da minha mãe, que veio a ter mais dois, 17 e 19 anos depois, em um segundo casamento. Assim, apesar de filha única de meus pais, tenho quatro irmãos.

Quanto a mim, comecei a consumir uma pílula anticoncepcional de “terceira geração” chamada Microdiol, composta de etinilestradiol e desogestrel, em 2005, aos 15 anos, após iniciar relações heterocissexuais e ir a uma consulta ao ginecologista pelo plano de saúde. Lembro de tomar minhas primeiras pílulas com um certo orgulho, como se elas materializassem a minha saída da infância em direção à vida adulta e à mulheridade. Por muitos anos, tomei-as quase diariamente sem maiores preocupações, embora tenha sentido vontade de trocar “minha” pílula por outra que minhas amigas tomavam: a Yasmin, da Bayer, “a mais moderna”. No entanto, nunca tive coragem de levar a troca até o fim por conta de seu preço (o triplo da que eu tomava). Continuei assim até os 21 anos, quando comecei a desconfiar de alguns de seus efeitos colaterais - embora não soubesse articulá-los muito bem - e cogitei mudar de contraceptivo para o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre. Acabei sendo desestimulada por uma ginecologista que enfatizou seu risco de doença inflamatória pélvica (DIP) e resolvi continuar com a pílula.

Voltei a questionar seu uso a partir de duas situações. A primeira foi a leitura, para a disciplina de Antropologia da Ciência cursada no segundo semestre de 2013, do artigo “Rudimentos da tecnociência contraceptiva: experimentações, biopolítica e a trajetória de um cientista” de Daniela Manica, presente no livro “Ciências na Vida: antropologia da ciência em perspectiva” (2012). Nesse artigo, a autora discute, a partir da trajetória científica do médico baiano Elsimar Coutinho, as relações das pesquisas e dispositivos tecnocientíficos na área da

contracepção com laboratórios farmacêuticos, agências de financiamento nacionais e internacionais, a Organização Mundial da Saúde, concepções de gênero e sexualidade, além de outros agentes com seus diferentes interesses. Além disso, em 2014, conversei com uma amiga que fazia uso das “pílulas” não para fins contraceptivos, mas para transição de gênero. Ela reclamava de alguns dos efeitos colaterais que vinha sentindo, como letargia e diminuição da libido, e criticava o que chamava de “castração das mulheres”, fossem cis ou trans, a partir da naturalização do uso desses hormônios. Fiquei me perguntando, portanto, se eu, que os utilizava há tanto tempo, poderia vir a sentir alguma diferença caso viesse a interromper o uso. Ainda assim, não o fiz por receio de uma gravidez, já que não sentia confiança em nenhuma outra forma contraceptiva.

Já em 2015, quando entrei no mestrado e comecei a estudar as controvérsias em torno das pílulas anticoncepcionais, descobri que os contraceptivos orais combinados são contraindicados em caso de enxaqueca com aura - fenômeno que eu já havia experienciado - por conta de um risco associado de trombose considerado inaceitável pelas agências de saúde nacionais e internacionais (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e Organização Mundial da Saúde – OMS, por exemplo) e resolvi interromper o uso. Seis anos depois, por vezes ainda sinto que estou esquecendo algo quando deito na cama para dormir sem tomar uma pílula. Desde então utilizo preservativos como método contraceptivo. Não deixa de ser um pouco irônico que eu use, com sucesso contraceptivo até o momento, um método disponível na época da minha avó materna, que lamentava sua inacessibilidade à pílula. Mais inacessível que a pílula, imagino, talvez fosse a possibilidade de negociar o uso de preservativos com seu marido, que trabalhou a maior parte de sua vida em uma fábrica de ladrilhos e foi dependente de álcool.

Esse breve relato serve aqui para situar um pouco minha relação com o objeto dessa pesquisa, as pílulas anticoncepcionais, bem como parte das relações que me localizam no mundo. Sou uma estudante de doutorado de 31 anos, branca, em um relacionamento monogâmico heterocissexual sem filhos e cuja geração familiar anterior ascendeu às camadas médias por meio dos estudos universitários (minha mãe é hoje advogada) e por meio do trabalho autônomo (meu pai é representante comercial e não chegou a completar o ensino fundamental). Estudei em uma escola luterana de ensino privado, fui usuária de planos de saúde até os 23 anos, sou uma usuária frequente de redes sociais desde pelo menos os 12 anos (passei pelo *mIRC*, *Fotolog*, *Blogspot*, *Orkut*, *Facebook*, *Instagram*) e descobri o movimento feminista por

meio de *blogs* e de grupos de *emails* em 2009, aos 19 anos. Desde então, meu engajamento com o feminismo tem orientado muitas das minhas decisões políticas, acadêmicas e pessoais.

## INTRODUÇÃO

Desde a graduação em ciências sociais na Universidade Federal de Santa Catarina – (2011-2014), venho trabalhando com temáticas que estão na interseção entre os estudos de gênero e sexualidade e os estudos sociais/feministas da ciência e tecnologia. No entanto, foi apenas a partir da minha entrada no curso de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que cursei entre 2015 e 2017, que passei a me interessar especificamente pelas controvérsias em torno dos contraceptivos orais combinados (de estrógeno e progestágenos), as chamadas “pílulas”. Naquela época, havia constatado um significativo aumento das publicações e reportagens sobre seus efeitos colaterais, o que me preocupava tanto pessoalmente quanto me interessava antropológicamente.

Uma dessas reportagens, publicada por Cristiane Segatto em sua coluna na revista *Época* (2014)<sup>1</sup>, contava a história da professora universitária Carla Simone Castro. Em um vídeo gravado no hospital, a professora denunciou ter sido vítima de uma trombose cerebral e de três acidentes vasculares cerebrais (AVC) por conta do uso de anticoncepcionais hormonais. O vídeo acabou tendo mais de 140 mil compartilhamentos e três milhões de visualizações no *Facebook*, o que fez com que acabasse sendo procurada por outras mulheres que estiveram em situações semelhantes. Foi assim que Carla conheceu a empresária Simone Vasconcelos - vítima de uma embolia pulmonar em decorrência do uso da pílula anticoncepcional - e, juntas, criaram uma página no *Facebook*, chamada “Vítimas de anticoncepcionais. Unidas a favor da vida”. A página, criada em 16 de setembro de 2014, acumulou, em um ano, quatro mil depoimentos de mulheres que se identificaram como vítimas do dispositivo. Segundo entrevista concedida à Camila Pissolitto (2021), a página reúne hoje mais de 25 mil relatos (Pissolitto, 2021, p. 81).

Em março do ano seguinte, a revista *Época* chamou ainda mais atenção para a temática ao publicar uma reportagem de capa intitulada “Quando a pílula anticoncepcional é a pior escolha”<sup>2</sup>. A capa (Figura 1) trazia Daniele Medeiros, uma mulher branca em um vestido preto e descalça, evidenciando a ausência de seus dedos dos pés. Uma citação acompanhava a foto:

---

<sup>1</sup> SEGATTO, Cristiane. As vítimas da pílula anticoncepcional. *Época*, 10 de out. de 2014. Disponível em: <<https://epoca.oglobo.globo.com/colunas-e-blogs/cristiane-segatto/noticia/2014/10/vitimas-da-pilula-anticoncepcional.html>>. Acesso em: 15/04/2019.

<sup>2</sup> SEGATTO, Cristiane. Quando a pílula anticoncepcional é a pior escolha. *Época*, 27 de mar. de 2014. Disponível em <<https://epoca.oglobo.globo.com/vida/noticia/2015/03/quando-pilula-anticoncepcional-e-pior-escolha.html?fbclid=IwAR0-ngwk5xKzyQozuoOnUrK9xft-kQ3hsjf1SWvRbi4wLUYNNsir3GeHikY>>. Acesso em 20/02/2020.

“Usei um anticoncepcional que quase me matou. O tratamento necrosou meus dedos dos pés. Tiveram de ser amputados”. Também disponível *online*, a reportagem trazia a história de Daniele Medeiros, 33 anos e pedagoga, que havia sofrido uma embolia pulmonar e três paradas cardíacas associadas ao uso da pílula, bem como a de Carla Simone Castro (41 anos) e Simone Vasconcelos (34 anos), acima mencionadas. Trazia ainda a história de Thainá Fernandes, de 17 anos, que sofreu uma trombose cerebral e um AVC. Enquanto Carla, Simone e Daniele faziam uso de pílulas consideradas de “quarta geração”, compostas de etinilestradiol e drospirenona, Thainá utilizava uma pílula considerada de “terceira geração”, composta de etinilestradiol e gestodeno. Tais pílulas são consideradas as “mais modernas”, sendo lançadas no mercado a partir dos anos 1990 (as de “terceira geração”) e 2000 (as de “quarta geração”).

Figura 1 – Capa da Revista Época de março de 2015



Fonte: <https://www.scoopnest.com/pt/user/RevistaEpoca/581638414430273537>

O coletivo em torno da página do *Facebook* solicitou ainda uma audiência pública, que veio a ser promovida pela Comissão de Seguridade Social e Família, para discutir os efeitos nocivos do uso de anticoncepcionais hormonais, a falta de fiscalização dos agentes governamentais, a prescrição indiscriminada dos medicamentos, a falta de informação sobre os riscos e sobre outros métodos contraceptivos e também a necessidade de exames para detecção de predisposição à trombose antes do início da medicação. Em tal reunião, o superintendente

substituto de Fiscalização, Controle e Monitoramento da Anvisa, Daniel Roberto Coradi de Freitas, admitiu haver falhas no sistema de controle dos efeitos adversos dos anticoncepcionais hormonais<sup>3</sup>.

Apesar de não ter resultado em mudanças legais, Carla Simone Castro se disse satisfeita com o trabalho que tem realizado com a página, que hoje administra sozinha. Seu objetivo teria sido o “de traduzir essas informações de uma maneira direta, mas com o cuidado de não ser alarmista ou de sugerir que as mulheres não tomassem a pílula só por uma questão de medo” (Carla Castro, 2019 apud Pisolitto, 2021). A ideia, portanto, nunca teria sido excluir a pílula como possibilidade contraceptiva, mas chamar atenção para seus riscos: não apenas para a falta na comunicação entre médico e paciente, mas também em relação à produção de dados sobre a associação da pílula ao risco aumentado de trombose. Carla questiona a falta de dados locais sobre tal risco, já que os médicos não são obrigados a notificar os casos e que as vítimas dificilmente sabem como fazê-lo e, quando o sabem, encontram dificuldades. Assim, sem a possibilidade de quantificação dos casos de complicação por conta do anticoncepcional, Carla, que reúne em sua página muito mais relatos de trombose que a própria Anvisa, diz que ali está “o maior banco de dados sobre a relação trombose e anticoncepcional no Brasil” e que acha que “a classe médica deveria aproveitar essa oportunidade de cadastrar essas mulheres que mandam mensagens para a gente e produzir um estudo médico e sério sobre a questão” (Castro, 2019 apud Pissolitto, 2021). Além disso, Carla diz buscar alertar as mulheres que optam pela pílula sobre os primeiros sinais de trombose, para que possam se tratar precocemente caso venham a ser vítimas da doença. Tal alerta, segundo ela, também deveria também fazer parte do protocolo médico.

Além das associações à trombose e decorrentes embolias pulmonares e acidentes vasculares cerebrais, outros riscos passaram a ser associados aos contraceptivos hormonais na mídia nos anos seguintes, divulgados como descobertas de novas pesquisas científicas. Alguns exemplos: em agosto de 2015, a revista Exame publicou um artigo intitulado “Anticoncepcionais podem estar danificando seu cérebro” (Demartini, 2015), fazendo referência a um artigo publicado na revista *Human Brain Mapping* (Petersen et al, 2015). Em 2016, a revista Galileu publicou uma reportagem intitulada “Pílula anticoncepcional pode

---

<sup>3</sup> Informações retiradas do sítio: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/490132-SUPERINTENDENTE-DA-ANVISA-ADMITE-FALHAS-NO-CONTROLE-DE-EFEITOS-ADVERSOS-DEANTICONCEPCIONAIS.html>. Acesso em 05/03/2019. A transcrição da audiência pública está disponível em <https://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.asp?etapa=11&nuSessao=0787/15>. Acesso em 10/01/2021.

umentar risco de depressão” (Abdo, 2016), citando um artigo publicado na revista *JAMA Psychiatry* (Skovlund et al, 2016). Por fim, em 2017, em uma coluna sobre bem-estar no sítio de notícias G1, da Globo, uma reportagem intitulada “Estudo reafirma risco maior de câncer de mama em mulheres que usam anticoncepcional hormonal” (Reuters, 2017), fez referência a um artigo publicado na revista “*The New England Journal of Medicine*” (Morch et al, 2017). Ademais, desde 2016, reportagens vêm sendo publicadas sobre a busca de mulheres por alternativas à contracepção hormonal e por ginecologistas que tenham uma abordagem menos centrada no uso de hormônios e que sejam feministas (Menezes, 2016; Redação Hypeness, 2016; Efraim, 2017).

Já acompanhando essas reportagens, em 2016, busquei grupos no *Facebook* onde tais temáticas estivessem sendo discutidas, e encontrei uma quantidade considerável de informações e debates que se referiam tanto à crítica aos anticoncepcionais hormonais quanto às alternativas contraceptivas que não utilizassem hormônios. No maior grupo relativo à contracepção em língua portuguesa existente nessa rede social, o “Adeus Hormônios: contracepção não-hormonal”, com 130 mil perfis a ele associados em 2017, o debate era bastante intenso. Dentre os perigos associados aos hormônios nas discussões ali realizadas, figuravam não só as trombozes, embolias, acidentes vasculares cerebrais, depressão e câncer de mama. Outras questões pareciam de forma ainda mais recorrente, como a diminuição da libido, aumento da gordura corporal, falta de autonomia e de autoconhecimento. Nesse quadro, diferentes práticas de contracepção alternativas aos métodos hormonais – não necessariamente novidades — vinham sendo apresentadas e debatidas.

Dentre essas alternativas, estavam as práticas de percepção da fertilidade<sup>4</sup> que, além de serem apresentadas como uma opção “natural” em oposição à contracepção hormonal, também serviam como formas de monitoramento e aprimoramento da saúde. Interessada, passei a participar de um outro grupo no *Facebook* dedicado exclusivamente à discussão das práticas de percepção da fertilidade, que vi crescer rapidamente no ano de 2015 e 2016, chegando a 13900

---

<sup>4</sup> As práticas de percepção da fertilidade envolvem, além da observação e registro da duração do ciclo menstrual, a observação, o registro e a interpretação dos chamados sinais primários de fertilidade, manifestos no/pelo corpo ao longo do ciclo. O fluido cervical, a temperatura basal e o colo do útero são os três sinais considerados primários. Tais práticas visam ao acompanhamento do ciclo menstrual e podem ter como objetivo a contracepção, a concepção e/ou o monitoramento da saúde. Os sinais primários indicam a fase do ciclo menstrual em que as praticantes se encontram e são interpretados cotidianamente de acordo com suas características e variações. Assim, buscam perceber se é possível engravidar ou se há problemas relacionados à saúde e à qualidade de vida que podem ser administrados. No caso de contracepção, as práticas são associadas a diferentes métodos contraceptivos; alguns se baseiam principal ou unicamente no acompanhamento do fluido cervical, enquanto o método da temperatura basal se baseia apenas na temperatura. Já os métodos sintotermiais, utilizados pela maioria das entrevistadas, são aqueles que consideram ambos os sinais, sendo o acompanhamento da posição, textura e abertura do colo do útero opcional (Klöppel, 2017).

perfis membros a ele associados em novembro de 2016<sup>5</sup>. Esse grupo acabou sendo o ponto de partida da minha pesquisa de mestrado, na qual me dediquei a descrever e refletir sobre a produção de corpos/subjetividades, do sexo/gênero e da saúde nas práticas de percepção da fertilidade (Klöppel, 2017; Klöppel e Rohden, 2021). Mais especificamente, busquei compreender as diferenças e semelhanças entre os movimentos de autoajuda feminista nos anos 1970 e 1980 e os “novos” movimentos feministas engajados na discussão sobre saúde, representados pelo movimento em torno da percepção da fertilidade.

Apesar de a pesquisa ter tomado outra direção, ficou evidente que a própria controvérsia em torno dos anticoncepcionais contribuía consideravelmente para a decisão das interlocutoras, em sua maioria ex-usuárias de contracepção hormonal, em modificar suas práticas contraceptivas. Além disso, a constante comparação entre os “hormônios contraceptivos” e os “hormônios naturais” na configuração pesquisada, bem como a recorrência e centralidade atribuída às “denúncias” dos efeitos negativos da anticoncepção hormonal – seja no ciclo menstrual, na saúde, na vida social ou no relacionamento com os médicos – evidenciava o fato de que se tratava de uma controvérsia muito viva.

Assim, constantemente impelida por inquietações pessoais, antropológicas e feministas, em 2017, quando entrei no curso de doutorado no mesmo Programa, estava curiosa sobre como essa controvérsia em torno dos efeitos dos hormônios anticoncepcionais afetava o âmbito mais estrito da ginecologia no Brasil. Assim, logo encontrei uma campanha lançada pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) em parceria com a empresa farmacêutica Libbs<sup>6</sup> intitulada “Vamos decidir juntos – contracepção consciente” (VDJ)<sup>7</sup> que me chamou especialmente a atenção. Na divulgação do lançamento da campanha “Vamos Decidir Juntos – Contracepção Consciente” presente no sítio da Febrasgo, seu objetivo era descrito da seguinte forma:

ampliar a discussão sobre contracepção, os métodos mais indicados para cada perfil e cada momento de vida. Além disso, **a campanha quer desmistificar e esclarecer a população sobre o risco real associado ao uso da pílula anticoncepcional e os raros casos de complicações cardiovasculares, como a trombose venosa.** Pouco é discutido, mas o número de casos de trombose tem incidência maior no pós-parto, por exemplo (Febrasgo, 2017a)<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Acesso em 08/11/2016.

<sup>6</sup> Essa empresa produz, dentre outros medicamentos, alguns tipos de contraceptivos orais combinados.

<sup>7</sup> O site da campanha é <https://www.vamosdecidirjuntos.com.br/>. Lê-se na página principal do sítio: “Explicações sobre os diferentes métodos anticoncepcionais, indicações, riscos, ações no corpo, mitos e verdade”, “Informações respaldadas por médicos para ajudar na tomada de decisão sobre o melhor método anticoncepcional para você e seu parceiro” e “Entenda melhor todos os métodos anticoncepcionais e escolha, junto com seu médico e seu parceiro, o mais adequado para você”.

<sup>8</sup> FEBRASGO. FEBRASGO lança campanha #VamosDecidirJuntos para escolha mais adequada e segura do contraceptivo, 23 de maio de 2017. Disponível em <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/35-febrasgo>



Focada na discussão sobre métodos contraceptivos e principalmente na pílula anticoncepcional, pareceu-me uma tentativa de reenquadrar o dispositivo como seguro, defendendo-o, bem como a própria ginecologia, das críticas que vinha recebendo. Sabia, por meio da pesquisa realizada no mestrado e da página da Carla Castro acima citada, que uma das críticas mais comuns realizadas por aquelas que rejeitam os contraceptivos hormonais é direcionada aos ginecologistas. Tais médicos são acusados de não proverem todas as informações sobre efeitos colaterais e/ou de indicarem métodos contraceptivos de maneira enviesada, geralmente hormonais, seja por uma formação falha ou pelo incentivo da indústria farmacêutica (Klöppel, 2017). Com o lançamento dessa campanha, pude perceber, portanto, que esse movimento – a crescente crítica à contracepção hormonal, que em alguma medida se estendia aos ginecologistas e à indústria farmacêutica – vinha sendo sentido e respondido por esses atores.

Decidi, assim, verificar tal hipótese e compreender como essas respostas são articuladas. Tomando como ponto de partida a Febrasgo, passei a realizar observações participantes em congressos nacionais e regionais, a acompanhar os sítios das associações e de suas campanhas, além de realizar algumas entrevistas com ginecologistas reconhecidos por seus pares como especialistas em contracepção. Percebi, dessa forma, que a resposta dada às críticas direcionadas à contracepção hormonal nesse “campo” era de certa forma homogênea: a contracepção hormonal oral combinada é segura, salvo algumas exceções nas quais há contra-indicação. A “segurança”, em geral, é mobilizada a partir de um enquadramento no qual seus benefícios em muito superam seus riscos, não se restringindo ao seu efeito propriamente contraceptivo. Quando referências às controvérsias são feitas, apresentam-nas como resultado de um “exagero” da mídia mais tradicional e de leigas que alcançam um público maior devido às “mídias sociais” e acabam causando “mal-entendidos”, cuja elucidação caberia aos ginecologistas. Para isso, especialistas em contracepção passaram a ser convidados a palestrar nos congressos nacionais e regionais a fim de divulgar e guiar seus colegas na compreensão dos riscos e benefícios das pílulas anticoncepcionais para que estes, por sua vez, guiassem suas pacientes.

Tratava-se, por conseguinte, de uma realidade bastante diferente e contrastante com o que havia observado entre as praticantes de percepção da fertilidade e nas práticas de recusa à pílula em geral presentes na literatura. Nessas práticas, os efeitos negativos do dispositivo

---

[lanca-campanha-vamosdecidirjuntos-para-escolha-mais-adequada-e-segura-do-contraceptivo>](#). Acesso em 05/05/2019.

superavam seus benefícios e, salvo exceções nas quais se mostrasse a melhor ou única opção, era mais prudente não utilizá-lo. Assim, por não querer perder de vista essa outra dimensão, crítica à contracepção hormonal, busquei ginecologistas que estivessem mais alinhadas com as práticas de recusa. Por meio de pesquisa em reportagens sobre o tema que traziam também essa perspectiva e de indicações nos grupos no *Facebook* críticos aos hormônios, cheguei ao Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde.

O Coletivo é uma organização não governamental fundada em 1981 em São Paulo, que abriu seu ambulatório ao público em 1985, buscando, “construir alternativas para a experimentação de novos modelos de atenção em serviços conduzidos pelas feministas”. O ambulatório, inspirado no *Dispensaire des Femmes* suíço, propõe uma “medicina suave”, com tratamentos menos agressivos, e uma “preocupação com o conhecimento do corpo como um dos elementos centrais para a saúde”. Além disso, a equipe é multidisciplinar e a usuária do serviço é considerada o “sujeito da ação de saúde, capaz de entender, decidir e cuidar do próprio corpo e da própria vida”. Nesse modelo, a consulta busca “a partilha de informação sobre o corpo e seu funcionamento, buscando promover tanto o conhecimento quanto a ‘amizade’ com o próprio corpo”, oferecendo uma “oportunidade para a compreensão conjunta (atendente e atendida) daquele corpo em particular, com sua história e suas características” (Diniz, 2000).

Nos anos 1980, o Coletivo fez um trabalho relevante de divulgação e pesquisa sobre diafragma, e a ênfase no dispositivo se deu por conta de uma preocupação com os efeitos colaterais da pílula e da importância atribuída ao conhecimento do próprio corpo, com o qual o diafragma contribuiria mais que a pílula. O Coletivo, portanto, tem uma tradição mais alinhada com a crítica feminista à prescrição excessiva de pílulas anticoncepcionais. Assim, entrei em contato também com uma das médicas que trabalha no Coletivo, a ginecologista Halana Faria, a fim de me aproximar de uma visão alternativa da ginecologia. Apesar de a ginecologista não participar desse circuito mais “oficial” da ginecologia (congressos e associações), nem como palestrante nem como ouvinte, é referenciada nos grupos críticos à pílula no *Facebook* e é bastante atuante em seu *blog* e em seu perfil no *Instagram*, chamado “Ginecologia Feminista”, que conta com 30,7 mil seguidoras/es<sup>9</sup>. Além disso, esteve bastante presente na mídia mais tradicional (jornais e revistas) para tratar das controvérsias em torno da pílula e também participa da Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras, fundada em 2019. Embora não seja o foco da pesquisa, utilizo subsidiariamente seus enquadramentos de forma a contrastar com aqueles da ginecologia que chamarei aqui de “ginecologia hegemônica”.

---

<sup>9</sup> Contagem realizada no dia 10 de julho de 2021.

Tendo em vista essa vivacidade da controvérsia, considerei um bom momento para buscar responder, com esta pesquisa de orientação etnográfica, às seguintes perguntas: a) Quais têm sido as práticas da ginecologia<sup>10</sup> frente às críticas quanto à segurança das pílulas orais combinadas no Brasil? b) Como suas práticas - ao efetuarem enquadramentos das pílulas anticoncepcionais - interferem na materialização do sexo, gênero, sexualidade e da própria ginecologia? Além disso, levando em consideração que essas não são as primeiras controvérsias em torno da segurança das pílulas anticoncepcionais, busco como objetivo mais geral contribuir para o entendimento das especificidades das atuais controvérsias. Contudo, como essas controvérsias abrangem muitos aspectos diferentes da contracepção hormonal, não se restringindo às pílulas combinadas e nem à sua segurança, realizei alguns recortes para fins dessa pesquisa. Além da restrição às pílulas orais combinadas e da ênfase nas práticas das associações hegemônicas de ginecologia, outro recorte foi tomar como ponto de partida a controvérsia em torno do risco de trombose venosa. Isso não significa que tenha tido como foco apenas esse risco, já que em campo, ele aparecia com frequência em conjunto com outros, bem como com os benefícios da pílula, evidenciando o aspecto relacional do enquadramento da “segurança”.

Fundamental para a formulação das questões de pesquisa foi a leitura de autoras como Donna Haraway, Annemarie Mol, Karen Barad, Bruno Latour e John Law, que me acompanham desde a graduação e que trabalham com tecnociência desde uma perspectiva que não toma como pressupostos dicotomias histórico, cultural e materialmente localizadas. Apresento a seguir algumas de suas considerações teórico-metodológicas que inspiram os enquadramentos dessa pesquisa.

### **Considerações teórico-metodológicas**

Donna Haraway (1995, 2009) propõe uma releitura de uma metáfora cara à ciência tradicional, a metáfora da visão. Em sua versão clássica, a ciência sempre foi associada à descorporificação ou ao que a autora chama de “truque de deus”, um olhar proveniente de lugar nenhum, que pode estar associado tanto a um realismo universalista quanto a um relativismo radical. Entende que tal enquadramento da ciência só se tornou possível devido à existência de tecnologias de visualização específicas - por exemplo, as imagens de ressonância magnética,

---

<sup>10</sup> Como veremos adiante, refiro-me aqui especificamente ao circuito em torno da Febrasgo, associado às práticas mais oficiais. Entretanto, as práticas da ginecologia são bastante variadas e não se reduzem àquelas que serão descritas aqui. Como contraponto e também para ilustrar essa variedade, a tese se dedica complementarmente a descrições de algumas práticas associadas à ginecologia feminista - que, por sua vez, também é mais variada do que é aqui apresentado.

os microscópios e os sistemas de vigilância - e que foram apresentados como “intermediários invisíveis<sup>11</sup>”. Dessa forma, para modificar tal enquadramento, Haraway propõe levar em consideração a “particularidade e corporificação de toda visão” (1995, p. 20), incluindo aí também a mediação tecnológica como corpórea e visível, não transparente, como muitas vezes nos foi apresentada. Nesse sentido, o ato de ver, para Haraway, não é passivo; pelo contrário, “esses artificios protéticos nos mostram que todos os olhos, incluídos os nossos olhos orgânicos, são sistemas de percepção ativos, construindo traduções e modos específicos de ver, isto é, modos de vida” (1995, p. 22). Para a autora, a visão - e logo, também o conhecer e o fazer científico para qual a visão é utilizada como metáfora - é, portanto, sempre mediadora, orgânica e maquina, semiótica e material; o ato de conhecer envolve tecnologias, próteses e a “construção de significados e corpos, não para a transcendência, mas para a comunicação carregada de poder” (Haraway, 1995, p. 18).

No mesmo sentido, John Law (2004) e Annemarie Mol (2007) contribuem para pensarmos como a “realidade” e a “política” estão mutuamente implicadas, nos oferecendo a noção de “políticas ontológicas”. Como aponta Mol (2007), se na linguagem filosófica corrente, ontologia “define o que pertence ao real”, os dois termos, quando juntos, sugerem-nos que não há separação a priori entre realidade e política, tampouco precedência de uma sobre a outra. Para exemplificar seu argumento, trago aqui sua pesquisa sobre a multiplicidade da anemia. Ali, Mol (2007) evidencia como diferentes tecnologias envolvidas na detecção da doença também fazem diferença no modo que a doença é trazida à existência ou, nas palavras da autora, *performada*<sup>12</sup>. Em seu artigo, Mol trata de duas formas diferentes pelas quais o nível normal de hemoglobina é definido: a epidemiológica (estatística) e a patofisiológica, que podem estar sobrepostas ou não. O que ela chama atenção, no entanto, é para um “efeito secundário” da diferença entre ambas. Na primeira, a partir da epidemiologia, são estabelecidas e projetadas diferentes populações, submetidas a referências diferentes quanto ao nível de hemoglobina. Tal

---

<sup>11</sup> Em sua sistematização da Teoria-Ator-Rede (TAR), Bruno Latour (2012) diferencia a mediação da intermediação. A primeira seria a ação que faz diferença em certa articulação, que produz transformação, que deixa rastros. O autor traz exemplos, afirmando que, além de “determinar” (causar por completo) ou servir de “pano de fundo” (não fazer nenhuma diferença), os actantes, humanos ou não, podem “autorizar, permitir, conceder, estimular, ensejar, sugerir, influenciar, interromper, possibilitar, proibir etc.” (Latour, 2012, p. 108-109). Por outro lado, a intermediação seria o transporte sem transformação, interferência ou deixar rastros; uma ação que não faz diferença, na qual o que entra é o mesmo que sai.

<sup>12</sup> A ideia de performance [*enactment*] é central para o entendimento de realidade oferecido pelos autores que trabalham com a ideia de “políticas ontológicas”. Cito aqui a definição oferecida por John Law (2004): “a afirmação que relações, e também as realidades e representações da realidade (ou mais genericamente, ausências e presenças) estão sendo constante ou cronicamente trazidas à existência em um processo contínuo de produção e reprodução, e não há posições, possibilidades ou realidade fora desses processos” (Law, 2004, p. 159, tradução minha).

diferenciação é justificada por sua contribuição para uma suposta melhora desses valores de referência, porém tem como efeito performar as categorias “homem” e “mulher” como biológicas e corporais, além de colocar as pessoas de cada um desses grupos como tendo mais em comum entre si do que com outros.

Já no modo patofisiológico de se definir a anemia, leva-se em conta a comparação entre os diferentes níveis de hemoglobina de um indivíduo, tendo como efeito uma história corporal à qual é atribuída uma identidade. A divisão entre homens e mulheres, por outro lado, não é performada aqui, sendo irrelevante. É disso que se trata o fenômeno da “interferência” para Mol: as performances da anemia interferem nas performances de gênero e na individuação. Não se trata, contudo, de performances definitivas, mas abertas, porque novas associações e elementos sempre podem ser produzidas. Em suas palavras:

Na política ontológica da anemia, não é simplesmente a realidade da doença que está em jogo, a dos sexos também está. (...) Com efeito, esta consideração nunca chegará a nenhum termo estável, porque há elementos a mais. Tal implica que é pouco provável que a política ontológica estabilize, uma vez concluídas as descrições que dela sejam feitas – porque jamais serão concluídas. Tolerar fins em aberto, enfrentar dilemas trágicos e viver sob tensão, é mais isto que se passa (Mol, 2007, p. 14-15).

Dessa forma, é fundamental para a ideia de “políticas ontológicas” as interferências e interdependência entre as “entidades”, que não são separadas a priori, mas se constituem mutuamente. As diferentes anemias performadas - a depender da tecnologia de visualização empregada - se relacionam de diversas formas, não sendo exteriores umas às outras e, embora possam colidir, “as várias performances de um objecto podem colaborar e mesmo depender umas das outras” (Mol, 2007, p. 15). O trabalho de Mol é importante na medida em que toma os objetos tecnocientíficos como envolvendo práticas múltiplas não apenas nos períodos de controvérsia. O que está em jogo, segundo a autora, é que mesmo em períodos de maior estabilidade, há práticas diferentes e potencialmente conflitantes. O que faz diferença, nesses casos, é o trabalho de coordenação dessas “não-coerências”, que Law et al (2013) chamam de “modos de sincretismo”<sup>13</sup>.

Por fim, Mol nos leva a questionar - quando se trata de políticas ontológicas relativas a cuidados de saúde - se é suficiente que nos centremos na questão de como os pacientes/clientes devem fazer as escolhas. Isso porque tais modelos - o do mercado, que produz o “cliente” ou

---

<sup>13</sup> Law et al (2013) listam algumas formas possíveis de “modos de sincretismo”. Chamo atenção para duas delas: a “negação”, que seria uma recusa à não-coerência, levando então à imposição de uma prática sobre a outra, o que acontece em relações assimétricas (Law et al, 2013, p. 5); e o “cuidado”, que teria a ver com ajustes, práticas experimentais e o sopesamento constante dos efeitos, já que se parte do princípio de que novas configurações podem surgir (Law et al, 2013, p. 8).

“consumidor”, e o estatal, que produz o “paciente” ou “cidadão” - pressupõem que a informação está disponível e necessita apenas ser repassada, desconsiderando que quando se trata de políticas ontológicas, não há uma realidade única, dada e determinada que pode ser acessada apoliticamente pelos cientistas ou médicos clínicos. As práticas de conhecimento já são sempre práticas de interferência, de intervenção. Segundo a autora, não é apenas a “informação que circula sob a forma de palavras e imagens” que é contestável, mas também “a própria modelação material da realidade no diagnóstico, nas intervenções e nas práticas de investigação”. Mol escreve:

Por isso, se é importante ter em conta as formas como os pacientes se representam (como clientes ou como cidadãos), é pelo menos importante também perguntar como são eles representados nas práticas de conhecimento. Que parâmetros substituem e denotam as nossas preocupações? Quais são os pontos que marcam uma “melhoria” ou “deterioração” da condição de saúde ao longo do tempo? (...) Porque há outra questão que deve ser colocada à partida: quais são os efeitos que devíamos procurar? As respostas a esta questão estão incorporadas na informação, mas também nas técnicas com que vivemos actualmente. Tendem a estar implícitas, misturadas e irremediavelmente ligadas às várias performances de qualquer doença. Por isso, é bastante superficial escolher “depois dos factos”, tendo em conta a informação e as técnicas que ajudaram a criá-los. (Mol, 2007, p. 19-20)

Dessa forma, Mol chama atenção para as práticas de conhecimento que geram certos enquadramentos em detrimento de outros, com efeitos de realidade sobre nossas vidas, nunca de maneira fechada, determinada e nem única, mas aberta, múltipla e sujeita a inúmeras interferências. Esse trabalho inspira essa pesquisa na medida em que se trata de compreender como se produz o enquadramento da segurança da pílula anticoncepcional, do que é risco ou benefício, e não apenas tomar tais apresentações como realidades fechadas e definitivas descritas pelos médicos. Como se trata de uma tecnologia cuja história está intimamente relacionada à das relações de gênero e sexualidade e da ginecologia, busco compreender também como o enquadramento da segurança da pílula interfere nas práticas de gênero, sexualidade e da ginecologia. Como são traduzidos os interesses daquelas que são tidas como o público da tecnologia nas práticas de conhecimento da ginecologia? Como as usuárias são configuradas? Que interesses são materializados nas pílulas e quais seus efeitos? Quais são os pontos que marcam um “risco” ou um “benefício”? Que tecnologias de visualização os produzem?

Essas abordagens em torno das “políticas ontológicas” e das “tecnologias de visualização” estão presentes no debate antropológico desde pelo menos os anos 1980. Embora assumindo diferentes enquadramentos, estão alinhados na medida em que compartilham certa posição no debate antropológico mais geral em torno da dicotomia natureza/cultura e outras

dela decorrentes. O aparato teórico-metodológico preferencial que utilizarei na tese, no entanto, vem principalmente do chamado “feminismo neomaterialista” e, portanto, aprofundo essa abordagem a seguir.

Na introdução do livro *Material Feminisms*, Stacy Alaimo e Susan Hekman (2008) afirmam que, com o advento do pós-modernismo e do pós-estruturalismo, as produções feministas identificaram que toda a série de dicotomias presente em parte significativa do pensamento e vida cotidiana ocidental também são generificadas: o binômio masculino/feminino se articula e interfere em vários outros, como cultura/natureza, mente/corpo, sujeito/objeto, racional/emocional e até mesmo no gênero/sexo. Inicia-se então uma série de tentativas de implosão dessas dicotomias, indo em direção a entendimentos não fundamentados em cima de tais oposições, já que, ainda que existam e tenham efeitos de realidade, são localizadas e não universais. Para as autoras (2008), a virada linguística foi fundamental para a teoria feminista, fazendo com que produzisse relevantes conexões entre poder, conhecimento, subjetividade e linguagem, além de trazer para o debate as intersecções com outras categorias, como raça, classe e sexualidade. Entretanto, entendem que uma dessas dicotomias foi adotada sem maiores questionamentos. A oposição entre linguagem e materialidade não foi superada, sendo a segunda parte dela deixada de lado. Para as autoras, devido à rejeição da epistemologia moderna fundada em uma crença na viabilidade do acesso direto à realidade, que tinha como um de seus efeitos um determinismo biológico que limitava especialmente as possibilidades das mulheres (e de outros grupos “marcados”), muitas feministas passaram a projetar o polo discursivo como fonte exclusiva da constituição da natureza, da sociedade e da realidade. Nesse contexto, houve uma ênfase na ideia de “construção social da realidade” que, em sua versão mais radical, é também alvo de críticas de Donna Haraway.

Segundo Haraway (1995), é a partir da disponibilização do argumento, pelos estudos da ciência e tecnologia, de que todas as formas de conhecimento – principalmente o científico – são construídas socialmente, que a ciência passou a ser vista por parte de feministas e outros teóricos como um jogo retórico, no qual fatos e artefatos foram transformados em “partes da poderosa arte da retórica” e o conhecimento em “um nódulo condensado num campo de poder agonístico.” (Haraway, 1995, p. 10) Para a autora, pouco adianta termos criticado essas doutrinas por serem reducionistas e ameaçarem “nosso nascente sentimento de subjetividade e atuação histórica coletiva e nossas versões ‘corporificadas’ da verdade” (Haraway, 1995, p. 13) se caímos em outro polo, no qual tudo é redutível a jogos de poder e retórica e os corpos e

objetos – aos quais qualquer agência é negada - são transformados em páginas em branco prontas a serem colonizadas pelo discurso humano.

Além de Donna Haraway, central e pioneira nesse debate, outras teóricas feministas passam a argumentar em prol de uma maneira de falar sobre a materialidade como uma potência ativa, o que acabou sendo agrupado em torno do que se convencionou chamar de feminismo neomaterialista. Defendendo essa posição, Hekman e Alaimo (2008) colocam que essa seria uma forma de não omitir de nossos trabalhos a experiência vivida, a prática corporal e a substância biológica, fazendo com que o feminismo possa se engajar, de forma inovadora, produtiva e afirmativa – e não apenas crítica - ao lado da medicina e de outras ciências. Ainda que compreensível em um primeiro momento, advogam que esse distanciamento acabou por reafirmar a “natureza” como uma armadilha para as mulheres. O que esse grupo de autoras defende, portanto, é que a “natureza” seja reconceitualizada como agente cujas ações trazem consequências tanto para o mundo humano como não humano. Isso não significa negar os ganhos que a virada linguística trouxe para o feminismo, mas acrescentar a ela outra virada, dessa vez material.

Em meio a essa configuração, me chamou especialmente a atenção o trabalho de Karen Barad que, embora compartilhe bastante com outras teóricas do feminismo neomaterialista, foi especialmente útil para minha pesquisa. Isso porque seu aparato teórico-metodológico chamado “realismo agencial” - cuja maneabilidade também considero mais fácil - é uma “tecnologia de visualização” mais eficaz em tornar certas interferências visíveis sem pressupor uma diferenciação a priori entre “entidades”. Barad (1998, 2003), da mesma forma que outras autoras, rejeita a metafísica da separação entre as palavras e as coisas e fornece uma alternativa ao construcionismo social/linguístico. Para isso, toma como inspiração o trabalho do físico ganhador do prêmio Nobel Niels Bohr<sup>14</sup>.

Segundo a leitura de Barad (1998), Bohr conclui que, já que não há separação inerente entre “objeto medido” e “agências de medição”, os valores medidos não podem ser atribuídos a um objeto como se esse fosse independente do aparato que o mede. Para Barad (1998, 2017), todo processo de medição/observação envolve uma configuração particular de relações – os

---

<sup>14</sup> Segundo Barad, Bohr foca nas seguintes questões: "1) as conexões entre conceitos descritivos e aparatos materiais, 2) a inseparabilidade dos “objetos de observação” e as “agências de observação” 3) a emergência e coconstituição dos “objetos de observação” e das “agências de observação” dentro de práticas epistêmicas materiais e conceituais, 4) a interdependência de constrangimentos e exclusões conceituais e materiais, 5) as condições materiais para o conhecimento objetivo, e 6) a reformulação da noção de causalidade. (...) Para Bohr, os conceitos teóricos são definidos pelas circunstâncias requeridas pela sua medição” (Barad, 1998, p. 94, tradução minha).



“dispositivos de produção corpórea<sup>15</sup>” - que performa o que ela chama de “corte agencial”. Tal corte, diferente de um corte cartesiano que distingue inerentemente sujeito e objeto, possibilita a diferenciação local e contingente entre as “agências de observação/medição” e o “objeto observado/medido”. Assim, resolve as ambiguidades apenas naquela configuração particular (Barad, 1998). A essa diferenciação a autora dá o nome de “separabilidade agencial – a condição local de exterioridade-intra-fenômenos” (Barad, 2017, p. 20). Em suas palavras,

**A noção de separabilidade agencial é de fundamental importância, uma vez que, na ausência de uma condição ontológica clássica de exterioridade entre observador e observado, ela provê a condição de possibilidade da objetividade. Além disso, o corte agencial opera uma estrutura causal local entre “componentes” de um fenômeno quando faz a marcação das “agências de medição” (“efeito”) pelo “objeto medido” (“causa”) (Barad, 2017, p. 20, grifos meus).**

Assim, em uma tradução para a teoria-ator-rede (Latour, 2005), tratar-se-ia de dizer que o objeto medido ou observado deixa rastros nas agências de medição ou observação e, assim, ao mesmo tempo que as transforma, torna-se visível. Em Barad, é o corte agencial - sempre parte de uma configuração de relações particulares - que produz a diferença entre agências de observação e objeto observado e, dessa forma, a objetividade e a causalidade. Nesse sentido, ainda em composição com Bohr, a autora considera que as propriedades medidas não se referem a “objetos” que independem da observação, mas ao que denomina “fenômenos”. E por fenômenos a autora se refere à “inseparabilidade ontológica dos ‘componentes’ que intra-agem agencialmente” (Barad, 2003, p. 815, tradução minha).

Diferente da “inter-ação”, que pressupõe a existência prévia de entidades, o neologismo introduzido por Barad - “intra-ação” - faz referência às relações presentes nos fenômenos que possibilitam a materialização/significação de propriedades, conceitos e fronteiras dos “componentes” desses fenômenos; são “operações não determinísticas”, embora com possibilidades restritas, “pelas quais a matéria-em-processo-de-devir é sedimentada e desdobrada em futuras materializações” (Barad, 2017, p. 27). As intra-ações, portanto, possibilitam a separabilidade agencial que dá vida a “entidades”, continuamente em processo de materialização semiótica<sup>16</sup>. No caso do conhecimento científico, tal separação se atualiza nas diferenças entre agências de observação e objeto observado. Nesse sentido, o referente deixa de ser o objeto enquanto independente da observação e passa a ser o próprio fenômeno.

---

<sup>15</sup> A referência aqui é Donna Haraway (1995) e os “aparatos de produção corporal”, que a autora define como uma matriz a partir da qual corpos e objetos se tornam realidade enquanto “projetos de fronteiras”, ou seja, são materializados provisoriamente quando em interações no mundo, mas permanecendo, enquanto atores materiais-semióticos, gerativos, “produtor[es] de significados e corpos” (Haraway, 1995, p. 41).

<sup>16</sup> No inglês, Barad utiliza a palavra *mattering*, que traz simultaneamente a materialização e a significação, funcionando melhor que no português. Na tradução de Thereza Rocha, ficou “materiação” (Barad, 2017).

Nessa mesma direção, também não há diferença pré-estabelecida entre materialidade e discurso, estando ambos mutuamente implicados na dinâmica da intra-atividade, sem que haja prioridade epistemológica ou ontológica. Os fenômenos são, dessa forma, discursivo-materiais (ou semiótico-materiais) em sua natureza e as fronteiras que constituem as “entidades” são estabelecidas continuamente a partir de práticas discursivo-materiais. Para Barad (2017), portanto, as unidades ontológicas primárias não são “coisas”, mas fenômenos. E as unidades semânticas primárias não são “palavras”, mas “práticas discursivo-materiais” pelas quais as fronteiras se constituem (Barad, 2017, p. 22). Em uma definição mais precisa, Barad escreve que tais práticas “são operações iterativas — intra-ações agenciais — pelas quais a matéria é engajada e articulada diferencialmente na emergência de fronteiras e de significados” (Barad, 2017, p. 27). Voltando à relação entre os dispositivos/aparatos de produção corpórea - que são também fenômenos - e sua relação com as práticas discursivo-materiais, Barad exemplifica com o fazer científico:

Como cientistas sabem muito bem, dispositivos não são objetos pré-formados, intercambiáveis, colocados no alto de uma prateleira e esperando para servir a um propósito específico. **Os dispositivos são constituídos através de determinadas práticas que estão perpetuamente abertas a rearranjos, rearticulações, e outros retrabalhados.** Essa é parte da criatividade e da dificuldade de se fazer ciência: fazer a instrumentação trabalhar de um determinado modo para um determinado propósito (que esteja sempre aberto à possibilidade de ser modificado durante o experimento à medida que insights diferentes vão sendo obtidos). **Além disso, qualquer dispositivo sempre se encontra em processo de intra-ação com outros dispositivos, e o envolvimento de fenômenos localmente estabilizados em repetições subsequentes de determinadas práticas (...) constituem mudanças importantes no dispositivo em questão e, por conseguinte, na natureza das intra-ações que resultam na produção de novos fenômenos, e assim sucessivamente.** Fronteiras não param quietas (Barad, 2017, p. 21, grifos meus).

Além disso, essencial no enquadramento realista agencial proposto por Barad é o seu entendimento da realidade. Como as nossas descrições (agências de observação) nunca se referem a objetos-em-si-mesmos, mas a processos de materialização semiótica (práticas discursivo-materiais que intra-agem em configurações particulares) nos quais participamos, o que descrevemos não é a natureza enquanto separada de nós, mas é a nossa intra-ação no fenômeno. Nesse sentido, o realismo agencial tem como objetivo descrever a “realidade agencial”, que é “aquela realidade dentro da qual nós intra-agimos e nos constituímos, ao invés de uma realidade imaginada e idealizada que independe dos humanos” (Barad, 1998, p. 105, tradução minha). Relacionada a esse enquadramento de realidade, está também a consideração de que qualquer processo de materialização semiótica implica exclusões inevitáveis. Por outro

lado, são essas mesmas exclusões que possibilitam as aberturas para que fronteiras sejam reformuladas, impedindo o determinismo. Barad explica:

Intra-ações sempre implicam determinadas exclusões, e as exclusões impedem qualquer possibilidade de determinismo, dando condição para um futuro em aberto. Por essa razão, intra-ações restringem, mas não determinam. Ou seja, a intra-atividade não é nem matéria de determinismo estrito, nem de liberdade irrestrita. O futuro está radicalmente aberto a cada esquina. Este sentido em aberto de futuridade não depende do conflito ou da colisão de demandas culturais; antes, ele é inerente à natureza da intra-atividade — mesmo quando os dispositivos são primariamente reificantes, a agência não é excluída (Barad, 2017, p. 29-30).

A agência, nesse sentido, tem a ver com a produção de mudanças iterativas em práticas particulares que levam à reconfiguração dos dispositivos de produção corpórea. Não é, portanto, um atributo definitivo de algo/alguém e nem está associada à subjetividade ou à intencionalidade (Barad, 1998, p. 112). Segundo Barad, “possibilidades particulares de ação existem a cada momento, e essas possibilidades mutáveis implicam uma responsabilidade de intervir no devir do mundo, de contestar e retrabalhar o que importa e o que é excluído da materialização” (Barad, 2017, p. 30). Tais reformulações, portanto, não estão relacionadas apenas à ação humana, já que a própria materialização do humano é produzida a partir da configuração local.

Dessa forma, reenquadro minha questão de pesquisa como sendo a descrição dos aparatos de produção da pílula anticoncepcional no circuito da ginecologia hegemônica brasileira. Mais especificamente, busco descrever esse fenômeno a partir de alguns cortes agenciais que dividem tais aparatos em três: o aparato de gênero, o aparato da biomedicalização e o aparato de minha própria pesquisa, cuja orientação é etnográfica (Fonseca, 1999)<sup>17</sup>. O objetivo é, por um lado, descrever parte das práticas discursivo-materiais que constituem a contracepção oral combinada e, por outro, descrever os traços que deixam em tais aparatos, seja atualizando ou reformulando-os. Também me referirei ao conjunto desses aparatos como “configuração”, inspirada no conceito de *hinterland* de John Law (2004), que o descreve como “um feixe de relações literárias e materiais mais ou menos estáveis, dispendiosas e de extensão indefinida, que inclui afirmações sobre a realidade e as realidades mesmas”. Leva em consideração ainda os “dispositivos de inscrição e performa uma topografia de possibilidades de realidade, impossibilidades e probabilidade” (Law, 2004, p. 160, tradução minha). Configuração, aqui, será também um corte agencial que toma como um fenômeno as intra-ações

---

<sup>17</sup> Em seu artigo, Fonseca (1999) ressalta a importância do estranhamento, da esquematização, da desconstrução histórica e da comparação para a pesquisa etnográfica.

entre os aparatos acima citados, cujas fronteiras são desenhadas por meio das práticas (incluindo as da minha pesquisa).

Inspiro-me ainda em outros trabalhos associados à TAR (Latour, 2000, 2005, 2012; Callon, 1998; Law, 2004) naquilo que preconizam seguir os atores envolvidos no processo estudado considerando tanto a ação humana quanto a não humana. Com especial atenção à ação, considera-se um “actante” todo aquele que produz diferenças no curso de ação de outro agente, que podem ser detectadas a partir dos traços que deixam. O foco se direciona, portanto, ao deslocamento e à circulação, e não aos pontos fixos, e tem como objetivo uma descrição das traduções, mediações e associações que, mais ou menos provisórias, vão se estabelecendo, transformando ou se desfazendo em arranjos específicos. Considero essa abordagem mais explicitamente metodológica a mais adequada em relação ao meu objeto de pesquisa por não subestimar a importância das tecnologias na produção de enquadramentos e também por não pressupor uma separação a priori entre natureza e cultura, mas ter como objetivo justamente entender como essas fronteiras vão sendo produzidas e deslocadas nas práticas. Quanto às técnicas de pesquisa, irei descrevê-las ao longo da inscrição etnográfica, conjuntamente da descrição das práticas pesquisadas, tendo em vista o objetivo de deixar marcada a inseparabilidade entre os “objetos de observação” e as “agências de observação”.

### *Sexo, gênero e sexualidade*

As consequências dessas discussões para configurações em torno de sexo, gênero e sexualidade são relevantes. Judith Butler é uma autora fundamental para tratarmos dessas práticas discursivo-materiais, propondo uma genealogia do gênero e uma análise relacional dele decorrente. Questionando as ideias de sujeito e representação, Butler (2003) faz uma crítica radical das categorias de identidade, entre elas a própria noção de “mulheres” como sujeito do feminismo. Em suas próprias palavras,

O poder jurídico “produz” inevitavelmente o que alega meramente representar; consequentemente, a política tem de se preocupar com essa função dual do poder: jurídica e produtiva. Com efeito, a lei produz e depois oculta a noção de “sujeito perante a lei”, de modo a invocar essa formação discursiva como premissa básica natural que legitima, subsequentemente, a própria hegemonia reguladora da lei. Não basta inquirir como as mulheres podem se fazer representar mais plenamente na linguagem e na política. **A crítica feminista também deve compreender como a categoria das “mulheres”, o sujeito do feminismo, é produzida e reprimida pelas mesmas estruturas de poder por intermédio das quais busca-se a emancipação** (Butler, 2003, p. 19, grifos meus).

Para ela, então, não há um sujeito anterior à própria lei, esperando pela representação; esse entendimento seria apenas um vestígio contemporâneo da ideia de “estado natural” que fundou

o liberalismo clássico. Outra dificuldade que surge da suposição de que todas as mulheres têm uma identidade comum é que o “gênero nem sempre se constituiu de maneira coerente ou consistente nos diferentes contextos históricos, e porque o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas” (Butler, 2003, p. 20).

Disso decorre que não é possível a separação entre gênero e as outras categorias culturais e políticas com as quais é produzida. Butler (2003) acredita, portanto, que já que não é possível reivindicar uma identidade comum a todas as mulheres, a política feminista deve tomar “a construção variável da identidade como pré-requisito metodológico e normativo, senão como um objetivo político” (Butler, 2003, p. 23). A pergunta, para a autora, deve deixar de ser sobre o que constitui a “identidade pessoal”, e se voltar para a questão: “em que medida as práticas reguladoras de formação e divisão do gênero constituem a identidade, a coerência interna do sujeito e, a rigor, o status auto-idêntico da pessoa? Em que medida é a ‘identidade’ um ideal normativo, ao invés de uma característica descritiva da experiência?” (Butler, 2003, p. 38).

Dessa maneira, Judith Butler (2003) discorda do entendimento de que o sexo é pré-discursivo (ou “natural”). Ela acredita que a defesa dessa ideia é uma das formas pelas quais se assegura a estabilidade interna e a própria estrutura binária, que são efeitos do aparato que chamamos gênero. Além disso, Butler (2003) também coloca a heterossexualidade compulsória como um dos meios pela qual se produz o gênero. Para ela,

A heterossexualização do desejo requer e institui a produção de oposições discriminadas e assimétricas entre “feminino” e “masculino”, em que estes são compreendidos como atributos expressivos de “macho” e de “fêmea”. (...) Ora, do ponto de vista desse campo, certos tipos de “identidade de gênero” parecem ser meras falhas do desenvolvimento ou impossibilidades lógicas, precisamente por não se conformarem às normas da inteligibilidade cultural (Butler, 2003, p. 39).

Essa hegemonia heterossexual exige e produz cada um dos termos do sistema como unívoco, e constitui, ao mesmo tempo, as duas únicas possibilidades de gênero no interior desse sistema binário oposicional que tende à hierarquização entre homens e mulheres (sempre coproduzidos junto a outros marcadores). Nesse sentido, é a partir de uma “naturalização” ou “biologização” da diferença sexual orientada primária e/ou necessariamente à reprodução que se assegura a estabilidade interna e a própria estrutura binária enquanto efeitos desse aparato. Por outro lado, é também esse aparato que torna, para Butler, os gêneros inteligíveis – sendo aqui entendidos como aqueles que têm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo.

Por meio de um conjunto de atos reiterados e citacionais no interior dessa estrutura reguladora, o gênero – que é, por isso mesmo, performativo – adquire uma aparência de substância. Como reforça Butler, “não há identidade de gênero por trás das expressões do gênero; essa identidade é performativamente constituída, pelas próprias ‘expressões’ tidas como seus resultados” (Butler, 2003, p. 48). Com o conceito de performance, há uma aproximação evidente com as políticas ontológicas de Mol e com o realismo agencial de Barad. Os “atos reiterados e citacionais” de Butler que performam sexo, gênero e sexualidade são práticas discursivo-materiais que produzem suas fronteiras, semiótico-materializando-os. Apesar de Butler descrever em sua genealogia o aparato de gênero hegemônico ocidental de maneira mais abstrata, a forma como tais performances se dão dependem de intra-ações localizadas e constantemente reiteradas e atualizadas. É nesse sentido que, ao investigar as práticas de produção da pílula anticoncepcional no âmbito da ginecologia, busco compreender em que medida tal aparato é reformulado ou reforçado.

#### *Biomedicalização, aprimoramento e recursos hormonais*

Conforme Michelle Murphy (2012), a segunda metade do século XX foi marcada pela industrialização da biomedicina. A autora sublinha, nesse sentido, como a reprodução foi um locus histórico importante no processo de biomedicalização, que faz referência às mudanças na constituição e práticas da biomedicina que ocorrem desde meados dos anos 1980. Tal processo é marcado pelo crescimento da indústria farmacêutica e pelo oferecimento de “drogas enquanto *commodities* amplamente disponíveis, manufaturadas e distribuídas em novos circuitos transnacionais”. A história da pílula anticoncepcional, nesse quadro, é relevante na medida em que práticas em torno dela “inauguraram algumas das infraestruturas da atual economia transnacional de triagens clínicas e organizações de pesquisa clínicas” e também, portanto, das práticas de “designação de corpos, populações e até mesmo da vida micrológica” como locus de aproveitamento econômico (Murphy, 2012, p. 20, tradução minha).

Aprofundando-se na análise desse processo, Adele Clarke e colegas (2010) argumentam que a “biomedicalização” ultrapassa a medicina em um sentido estrito e diz respeito a cinco processos principais, descritos pelas autoras da seguinte forma:

- 1) Uma nova economia biopolítica da medicina, saúde, doença, modos de vida e morte que forma uma arena cada vez mais densa e elaborada na qual conhecimentos biomédicos, tecnologias, serviços e capitais são cada vez mais co-constituídos; 2) Um foco novo e intensificado na saúde (em adição a doenças e lesões), na otimização e aprimoramento por vias tecnocientíficas e na elaboração do risco e vigilância no nível individual, de grupos de nicho e de população; 3) A tecnocientificização das práticas biomédicas nas quais intervenções para tratamento e aprimoramento são progressivamente mais apoiadas em ciências e tecnologias, são concebidas nesses

mesmos termos, e são cada vez mais prontamente aplicadas; 4) Transformações da produção do conhecimento biomédico, gerenciamento de informação, distribuição e consumo; e 5) Transformações dos corpos e a produção de novas subjetividades tecnocientíficas em nível individual, coletivo e de população (ou grupos de nicho).” (Clarke et al, 2010, p. 1-2, tradução minha)

As formas de engajamento possibilitadas por esses processos são diversas, e as autoras as dividem entre aquelas individuais (enquanto sujeitos corpóreos face aos aprimoramentos e enquanto usuários e/ou consumidores), coletivas (presentes nos movimentos sociais de saúde e em grupos de pacientes) e de população (relativos à cidadania biológica e aos planos de saúde) (Clarke et al, 2010, p. 11). É a partir da conformação desse novo “regime de verdade” que a saúde passa a ser entendida como uma conquista pela qual o indivíduo é responsável, o que deve ser buscado a partir do consumo das informações e recursos disponíveis, práticas de cuidado de si, atitudes de prevenção a doenças e aprimoramento da saúde.

Nesse processo, a transformação de corpos e subjetividades é um problema fundamental, já que o foco deixa de estar na doença para se dirigir às mudanças nos comportamentos e no estilo de vida. São oferecidas formas de se reconfigurar o corpo e o self e de se aprimorar a saúde, porém em algumas direções e não em outras. Para Clarke e colegas, o aprimoramento tem a ver com intervenções que vão além de correções de problemas médicos, na direção de ideais de aperfeiçoamento individual, marcados pela crença de que é possível sempre melhorar e por uma centralidade das relações de consumo. Nas palavras das autoras, “o objetivo do compromisso consigo mesmo é o aprimoramento da vida – uma ideia que não é tida apenas como meio de aumentar a satisfação, mas também reflete na vida biológica mesma que se torna passível de melhoramento e ampliação” (Clarke et al, 2010, p. 11, tradução minha).

Associado ao aprimoramento está ainda um processo de “customização”, no qual há um adicional em relação às práticas de medicalização, que eram orientadas por desejos de normalização através da homogeneização: as práticas de biomedicalização estratificada realizam desejos de diferenciação personalizada (Clarke et al, 2003, p. 181). Assim, busca-se a realização de projetos individuais por meio dos recursos de personalização, que incluem cirurgias estéticas e imagens computadorizadas de seus possíveis resultados, tecnologias conceptivas/contraceptivas, terapias genéticas e farmacogenéticas individualizadas, além da promoção da necessidade da obtenção de conhecimento sobre as suscetibilidades e patologias potenciais em prol do melhoramento da saúde. Segundo as autoras, “a governamentalidade biomédica de ‘conhecer a si mesmo’ associada às técnicas corporais geralmente está vinculada a um discurso de consumidor que promove ser ‘pró-ativo’ e que ‘toma o controle da própria

saúde' (Clarke et al, 2003, p. 181, tradução minha). A partir dessas práticas, surgem as “identidades tecnocientíficas”, novas subjetividades caracterizadas por relações específicas com as tecnociências. Não se trata da criação de identidades antes inexistentes, mas novas formas de acesso e performances, que devem ser pensadas em termos das diferenças e configurações sociais nas quais se constituem, a fim de não se perder de vista as estratificações em termos de classe, gênero e raça associadas a esses processos (Clarke et al, 2010).

Nessa direção, o trabalho de Nikolas Rose (2007) também produz um quadro interessante para pensarmos as transformações em torno da saúde e de processos políticos e econômicos mais amplos. O autor argumenta que transformações importantes na medicina vêm ocorrendo desde a metade do século XX, dentre as quais destaca a extensão da jurisdição médica para além das doenças e acidentes, o início do gerenciamento de doenças crônicas e da morte, a administração da reprodução, a avaliação e governo do “risco” e a manutenção e otimização do corpo saudável. Ao mesmo tempo em que houve essa extensão da autoridade médica, Rose argumenta que ela tem sido continuamente desafiada. Ele cita os movimentos sociais que passaram a desafiar o poder paternalista que médicos exerciam sobre seus pacientes, as tentativas de “empoderamento” daqueles que recebem cuidados médicos, a ascensão da cultura de litígio e compensação, a transformação dos pacientes em “consumidores” e a disponibilidade crescente de informações médicas na internet. Nesse quadro, a própria medicina se transformou significativamente: ficou mais dependente de equipamentos tecnológicos para diagnósticos e terapias, a divisão do trabalho médico se intensificou e o julgamento clínico foi em grande medida suplantado pela medicina baseada em evidências (MBE) e pelo uso de procedimentos padronizados de prescrição e diagnósticos. Além disso, foi remodelada pelas demandas dos seguros públicos e privados e seus critérios de reembolso. Também em um sentido mais geral, Rose considera que a pesquisa básica ou aplicada, feita em empresas ou em universidades, acabou se vinculando às atividades corporativas e à geração de lucros (Rose, 2007, p. 10-11).

Rose, enfim, desenvolve seu trabalho em torno de cinco conceitos principais: molecularização, otimização, subjetivação, expertise somática e bioeconomia. Embora reconheça que não se trata de nenhuma quebra com o passado, com a qual há tanto continuidade quanto mudanças, sugere que um certo limite foi ultrapassado. Assim, entende que uma nova configuração emerge a partir do cruzamento dessas cinco linhas de mudança (Rose, 2007, p. 7). Primeiro, Rose trata da molecularização, referindo-se à ênfase cada vez maior nos elementos moleculares, e não mais no corpo molar que era submetido ao olhar clínico. Tais elementos -



sejam tecidos, células, fragmentos de DNA etc. - se tornam visíveis por meio de diferentes tecnologias, são isolados, decompostos, estabilizados, guardados em “biobancos”, comodificados, manipulados, têm seus vínculos a um organismo particular, tipo ou espécie removidos, transferidos, movidos a outro lugar, organismo, doença ou pessoa. Ensejam, sobretudo, novas práticas de intervenção não mais baseadas em um fundamento tido como “natural” (Rose, 2007, p. 13).

A otimização, por sua vez, estaria associada ao engajamento da biomedicina contemporânea com a reengenharia biológica da vitalidade, que não se restringe mais a tecnologias de saúde e doença, mas são tecnologias da vida. As normas biológicas são abertas para alteração e os limites entre tratamento, correção e aprimoramento não são mais facilmente delimitados. A característica chave que Rose conecta à otimização é sua visão de futuro: são tecnologias que buscam intervir no futuro a partir de intervenção no presente. Divide-a, ainda, em duas dimensões, o aprimoramento e a suscetibilidade (Rose, 2007, p. 16-18). Enquanto o primeiro está associado ao que já tratamos com Clarke - aprimoramento e customização - a suscetibilidade merece atenção especial.

A suscetibilidade indica a multiplicidade de projetos biomédicos que buscam identificar e tratar pessoas atualmente sem sintomas, em nome da prevenção de doenças que possam se manifestar no futuro (Rose, 2007, p. 82). Por um lado, a lógica da suscetibilidade está em continuidade com a lógica da predisposição e do risco. A primeira estaria associada principalmente à segunda metade do século XIX e relacionada à ideia de “degeneração” que, no início do século XX, foi incorporada no movimento eugênico. Já em comum com a lógica do risco, a suscetibilidade também traz futuros potenciais para o presente na tentativa de submetê-los a cálculos e à remediação. Trata-se sobretudo de uma mudança de escala, nas capacidades técnicas e nas aspirações dos especialistas, que buscam uma maior precisão para o cálculo individual de risco. Se o primeiro movimento foi epidemiológico e utilizava escalas de risco baseadas nas probabilidades de certas doenças por certos grupos (marcados por histórico familiar, gênero, raça, idade, peso ou práticas como tabagismo), há uma crescente individualização corporal desse cálculo, com o auxílio de testes genéticos, triagens e tecnologias de imagem mais sofisticadas. Tais tecnologias permitem que os médicos clínicos possam ir além da epidemiologia e seus indicadores de risco, ou do uso da tentativa e erro para as terapias prescritas, prometendo um diagnóstico e um tratamento “personalizados” (Rose, 2007, p. 86-88). Assim, cresce a percepção de que talvez todos sejamos não saudáveis, mas doentes assintomáticos ou pré-sintomáticos (Rose, 2007, p. 18-20). Contudo, não é tão fácil

traçar uma separação entre tecnologias de intervenção nas suscetibilidades a doenças e aquelas que visam ao aprimoramento de capacidades (Rose, 2007, p. 40).

A subjetivação, por sua vez, é marcada pela consolidação da saúde como um valor ético imperativo e pelas culturas de “cidadania ativa”, que faz com que muitos “pacientes” se tornem consumidores que escolhem e usam “ativamente medicina, biociências, fármacos e ‘medicina alternativa’ a fim de maximizar e incrementar a própria vitalidade” (Rose, 2013, p. 41). Desenvolvendo a ideia de “ética somática”, o autor escreve:

E, afirmo, estamos progressivamente chegando a nos relacionar a nós mesmos como indivíduos ‘somáticos’, isto é, como seres cuja individualidade está, pelo menos em parte, fundamentada dentro de nossa existência carnal, corporal, e que experimentamos, expressamo-nos, julgamos e agimos sobre nós mesmos parcialmente na linguagem da biomedicina. Desde discursos oficiais sobre a promoção da saúde, passando por narrativas da experiência da doença e do sofrimento nos meios de comunicação, aos discursos populares sobre dieta e exercício, constatamos um crescente aumento na reconstrução pessoal através da influência sobre o corpo em nome de uma boa saúde física que é simultaneamente corporal e psicológica. Exercício, vitaminas, tatuagens, piercing corporal, drogas, cirurgia plástica, redesignação sexual, transplante de órgão: a existência corpórea e a vitalidade do self tornaram-se o lugar privilegiado de experimentos do self” (Rose, 2013, p. 44).

A “ética somática”, portanto, tem a ver com um centramento no corpo e nas intervenções sobre ele. Novos fenômenos corporais são tornados visíveis e transformados em determinantes nos nossos humores, desejos, capacidades cognitivas, personalidades e afetos. É a partir de nossa corporalidade que nos avaliamos e nos aprimoramos (Rose, 2013, p. 45).

Quanto à expertise somática, Rose se refere à proliferação de novas formas de governar a conduta humana, marcada pelas variadas profissões que reivindicam conhecimento para orientar aspectos de nossas existências visando à otimização de nossas potencialidades. Ele exemplifica com os profissionais do aconselhamento genético, da bioética, geneticistas especializados em certas doenças, dentre outros (Rose, 2007, p. 6). Tais “experts somáticos” estariam ligados, bem como todas as tendências acima citadas, à bioeconomia ou “economias da vitalidade”. Trata-se de um novo espaço econômico, no qual antigos actantes, como a própria indústria farmacêutica, teria intensificado sua relação com a ciência e com o mercado de ações. Com a molecularização, a própria vida, decomposta em elementos que podem ser isolados, acumulados, trocados e valorados, se tornou parte dessas novas relações econômicas (Rose, 2007, p. 6).

Por fim, volto à relação com o futuro presente no conceito de “otimização” de Rose para vinculá-la àquilo que Clarke et al (2010) chamam de regimes de risco e vigilância, com sua lógica antecipatória. Para as autoras, a partir da busca constante por futuros ideais, tais regimes

se ligam a formas de subjetivação que incorporam deveres de elaboração do próprio futuro, incluindo a responsabilização pela própria saúde, o acúmulo e consumo de conhecimento sobre seus riscos e a adoção de identidades relacionadas à biomedicina (Clarke et al, 2010, 23-24). Tal lógica antecipatória, seja na forma da predição, do risco ou do aprimoramento, é parte fundamental das práticas de biomedicalização e dá a elas uma dimensão temporal alargada (Adams, Murphy e Clarke, 2009; Clarke et al, 2010). Tais regimes de risco, vigilância e otimização são centrais para este trabalho na medida em que parto de controvérsias em torno da segurança da pílula e que tal segurança é enquadrada a partir da relação entre seus riscos e benefícios. Minha tese, a ser desenvolvida ao longo dos próximos capítulos, é que as práticas da ginecologia hegemônica enfatizam os benefícios dos contraceptivos orais combinados e minimizam seus riscos, produzindo a materialização da segurança das pílulas. Assim, parte-se de uma estabilidade em torno desse regime de risco e otimização, presentes na avaliação da segurança do dispositivo, que não chega a ser questionado nessas controvérsias. No entanto, tal regime - parte do aparato de biomedicalização - é também atualizado e reformulado nessas práticas de produção da segurança da pílula anticoncepcional, como veremos ao longo da tese, com diferentes formas de enquadramento do que é risco ou benefício.

Nesse quadro, os hormônios têm tido uma atuação central, que merecem destaque aqui principalmente naquilo que se relacionam às práticas da ginecologia e do gênero. Além de participarem da atualização, no início do século XX, da “substancialização” da diferença sexual (Rohden, 2008), com práticas reiteradas ainda hoje, os hormônios têm aparecido de forma significativa vinculados ao aprimoramento. Rohden e Alzuir (2016) mostram como os hormônios explicam o “funcionamento dos corpos, comportamentos e emoções, não apenas na literatura médica especializada, mas também na mídia em geral” e aparecem “como explicação não só para as doenças ou problemas, mas também como fontes de solução e aprimoramento” (Rohden e Alzuir, 2016, s. p.). Apesar da viabilização de hormônios associados aos homens (testosterona) e às mulheres (estrógeno, progesterona, oxitocina) como recursos de aprimoramento, permanece a necessidade de reiteração das fronteiras de gênero a partir de um limite dado pelas “doses éticas”. Ou seja, as doses que devem ser "monitoradas para que não ultrapassem as fronteiras de gênero estabelecidas, o que deveria estar correspondente e binariamente evidente na superfície dos corpos” (Rohden, 2017, p. 10, tradução minha).

Assim, os hormônios são figuras indispensáveis na articulação entre aparato de gênero e de biomedicalização. No tocante à pílula anticoncepcional, farei a seguir uma revisão dos

trabalhos sobre a temática que são antecedentes importantes dessa pesquisa, sendo fundamental para a formulação da questão que busco responder ao longo da tese.

### *Pílulas anticoncepcionais, biomedicalização e gênero*

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019, entrevistou mulheres de 15 e 49 anos que tiveram relações sexuais nos 12 meses anteriores à data de entrevista, menstruavam e faziam uso de algum dispositivo para evitar a gravidez, produzindo dados sobre a distribuição percentual dos métodos anticoncepcionais. No geral, identificou-se que 80,5% (33,6 milhões) fizeram uso de algum método para evitar gravidez. Considerando apenas o método contraceptivo utilizado de maior eficácia, a distribuição se deu da seguinte maneira: pílula anticoncepcional (40,6%), camisinha masculina (20,4%), laqueadura ou esterilização feminina (17,3%) contraceptivo injetável (9,8%), vasectomia do parceiro (5,6%), dispositivo intrauterino (4,4%), tabelinha ou Billings (0,9%)<sup>18</sup>. A categorização incluiu ainda “outro método contraceptivo moderno” (0,6%), que inclui a camisinha feminina, a pílula do dia seguinte, espermicidas em creme ou óvulo, diafragma, implante, adesivo e anel (os três últimos hormonais), e “outro método contraceptivo tradicional” (0,3%), que inclui coito interrompido, abstinências e outros métodos naturais. Entre as mulheres de 15 a 24 anos, os números relativos ao uso de pílulas (51%), de injeção (17,2%) e de camisinha masculina (26,5%) já são significativamente maiores (IBGE, 2021). Percebe-se ainda que o IBGE não diferencia as pílulas combinadas, compostas de quantidades variadas de estrogênio e progestágeno, das pílulas compostas apenas de progestagênio (também conhecidas como minipílulas<sup>19</sup>), da mesma forma que não diferencia DIU de cobre do DIU hormonal (composto do progestagênio levonorgestrel).

Entretanto, as pílulas anticoncepcionais não têm sido utilizadas apenas como contraceptivos. Em relação especificamente às práticas de aprimoramento associadas às pílulas anticoncepcionais, o trabalho de Marina Nucci (2012) e de Daniela Manica (2003; 2009; 2011) são fundamentais. A primeira argumenta que a pílula anticoncepcional pode ser considerada

---

<sup>18</sup> Tabela 4.16 disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados> Acesso em 10/06/2021.

<sup>19</sup> Embora apareçam de maneira significativa na etnografia realizada por Daniela Manica (2003) em congressos de ginecologia no início do presente século, apareceu muito pouco nos congressos em que participei. Minha hipótese é que com o lançamento do sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU Mirena) houve uma migração para tal método. Como ambos não contêm estrógenos, não são associados ao aumento do risco cardiovascular, sendo indicados para pacientes consideradas de risco. Contudo, há promoção das vantagens do sistema intrauterino de levonorgestrel em detrimento da “minipílula” por depender menos da usuária, levando a uma menor “taxa de falha”.

uma precursora das “drogas de estilo de vida”. Segundo Nucci (2012), tais drogas seriam caracterizadas por se direcionarem a condições que não oferecem risco à vida e à saúde das pessoas, mas que colocam limites e dificuldades, como seria o caso da calvície, da falta de atenção e da disfunção erétil. Teriam como objetivo tornar as vidas das pessoas “mais agradáveis e confortáveis” e, portanto, seriam drogas associadas menos ao tratamento de doenças e mais ao conceito de aprimoramento, por sua vez entendido como “aperfeiçoamento de determinadas performances ou aparências corporais” (Nucci, 2012, p. 128).

A apresentação das pílulas anticoncepcionais como “drogas de estilo de vida” teria se tornado evidente, segundo a autora, nas propagandas das “novas gerações”<sup>20</sup> do medicamento direcionadas às consumidoras finais nos Estados Unidos, onde essa prática é permitida. A autora analisou campanhas publicitárias de pílulas anticoncepcionais das marcas Beyaz e Yaz, da Bayer, e Seasonique, da Teva Pharmaceuticals, veiculadas na televisão. As três marcas foram lançadas nos anos 2000 nos Estados Unidos e, com exceção da Beyaz, chegaram na mesma década ao Brasil.

Conforme Nucci (2012), o comercial para televisão da pílula Beyaz, com o slogan “Beyaz: muito além de um contraceptivo”, sublinha que o remédio, além de evitar a gravidez e “regular” o ciclo menstrual, proporcionaria a diminuição da intensidade do fluxo menstrual, o tratamento da acne moderada e “distúrbios de humor” relacionados ao ciclo menstrual. Tal propaganda, no entanto, teria sido precedida por uma ainda mais direta da pílula da marca Yaz, veiculada em 2008 nos Estados Unidos. Segundo descrição da autora, no comercial, “balões de ar contendo palavras como “irritabilidade”, “ansiedade”, “dor de cabeça” ou “acne” voavam para longe ou eram estourados por jovens mulheres, enquanto eram explicados os benefícios da pílula” (Nucci, 2012, p. 134). Tal comercial foi alvo de críticas e levou o Food and Drug Administration (FDA) a exigir que a Bayer corrigisse as informações, alegando que “além de ignorar os riscos à saúde, o comercial fazia muita propaganda dos efeitos secundários do medicamento, e não de sua indicação original, dando a impressão de que era destinado para tratar acne ou problemas de humor de modo geral” (Nucci, 2012, p. 134). A agência exigiu então que a Bayer evidenciasse que o Yaz deveria ser consumido apenas por quem desejasse sobretudo a contracepção.

---

<sup>20</sup> A autora não abre esse nóculo material-semiótico que intitula “novas gerações” e as associa a “dosagens hormonais cada vez menores, necessitando de menos matéria bruta e tendo efeitos colaterais menos significativos” (Nucci, 2012, p. 133). No capítulo 2, destrincharei as diferenças entre as gerações das pílulas combinadas e problematizarei o enquadramento “evolutivo” das pílulas no que tange à segurança.

Nucci (2012) comenta ainda outra campanha adotada pela Bayer para promover a Yaz: a organização de um concurso que premiava com 10 mil dólares quem criasse o melhor projeto de design para as bolsas para guardar as cartelas das pílulas da marca. A jurada foi Nina García, também jurada do popular *reality show* televisivo *Project Runway*, focado em design de moda. Segundo a autora, os projetos seriam avaliados a partir dos seguintes critérios: “expressar o empoderamento feminino, ser criativo, original, discreto, moderno, ter estilo e estar atento às tendências da moda” (Nucci, 2012, p. 135). Dessa forma, seria mais uma tentativa de promover o remédio como “algo que transcende a esfera médica” (Nucci, 2012, p. 135)<sup>21</sup>.

Por fim, Nucci (2012) analisa os comerciais televisivos da pílula Seasonique<sup>22</sup>, da TEVA Pharmaceuticals, que tinha como base de sua promoção a diminuição do número de sangramentos ditos menstruais. Ao aumentar o intervalo entre tais sangramentos de um para três meses, a pílula é anunciada como “adequada ao estilo de vida de uma mulher ativa”, sendo assim mais um exemplo do foco no “estilo de vida”. Como explica Nucci (2012), segundo o comercial, a “supressão da menstruação – que iria ao encontro da vida da ‘mulher moderna’, sem tempo para tais ‘inconvenientes’ – seria algo desejado e buscado por algumas usuárias da pílula” (Nucci, 2012, p. 136). A autora se pergunta então: “se o sangramento mensal não é medicamente necessário, por que a escolha de quatro ciclos menstruais por ano e não a supressão de vez? Seria uma estratégia de diminuição gradual da menstruação?” (Nucci, 2012, p. 136).

Tal reflexão tem a ver com o que explica Nelly Oudshoorn (1994) sobre as motivações dos regimes de administração da pílula à época de seu lançamento. Segundo Oudshoorn (1994), optou-se por uma forma de consumo no qual as pílulas deveriam ser tomadas cotidianamente por 20 dias que, seguidos de uma pausa, resultariam em um sangramento. No quinto dia de sangramento, o consumo da pílula deveria ser retomado. A autora chama a atenção para o fato de que essa “imitação” da menstruação foi considerada necessária para a adesão, por parte das

---

<sup>21</sup> Por outro lado, Elizabeth Watkins (2012) argumenta que, apesar de ter sido o primeiro medicamento prescrito para pessoas saudáveis, seria anacrônico apresentar a pílula como primeira “droga de estilo de vida”. Trata-la dessa forma poderia diminuir a importância dos contraceptivos orais como uma resposta a uma necessidade básica tanto dos indivíduos quanto da população (Watkins, 2012, p. 1469). Sua preocupação se dá em um contexto no qual os contraceptivos orais, ao serem incluídos em listas de “drogas de estilo de vida”, podem ser retirados da lista de medicamentos cobertos por planos de saúde, o que aconteceu em uma seguradora nos Estados Unidos. Ela afirma também que classificá-los como drogas desse tipo encontra suas dificuldades no fato de ser uma categoria vaga e variável, que depende da condição para a qual a droga é prescrita.

<sup>22</sup> Enquanto as pílulas Beyaz e Yaz, da Bayer, são compostos de etinilestradiol e drospirenona, esse último um progestágeno considerado de “quarta geração”, promovido por seus efeitos contra a retenção de líquido, melhora da acne e dos humores associados à tensão pré menstrual, o Seasonique é composto de etinilestradiol e levonorgestrel, progestágeno considerado de segunda geração. Sua “inovação”, portanto, estaria mais associada ao modo de administração - uso contínuo por mais tempo antes da pausa - que pela inovação na composição.

mulheres, ao consumo da pílula e para a aceitação da opinião pública. A não ocorrência de sangramentos, sem uma associação à gravidez ou à menopausa, era entendida como um excesso de intervenção na natureza, o que causava fortes objeções morais (Oudshoorn, 1994, p. 119-120).

Além disso, esse regime de medicação específico contribuiu para uma maior padronização dos ciclos menstruais e da própria categoria “mulheres”, levando ao entendimento de que o “normal” é que dure quatro semanas (Oudshoorn, 1994, p. 136). Assim, a pílula também padronizou os intervalos de tempo entre os sangramentos, tornando-os referência também para quem não fazia uso do medicamento. Por fim, esse arranjo, combinado à publicidade e às recomendações médicas, acabou por incentivar que mulheres iniciassem o uso da pílula para “regularizar a menstruação”, ainda que em termos técnicos o sangramento decorrente do uso de hormônios não seja considerado menstruação, mas “sangramento por privação hormonal”<sup>23</sup>. Na prática, para muitas das que tomam pílulas, tal sangramento é tomado como continuidade da menstruação que já acontecia antes, sendo produzida como possível diferença apenas a sua previsibilidade. Assim, a pílula ajudou a criar similaridades entre os ciclos menstruais e “as mulheres” (Oudshoorn, 1994, p. 135-136), além de contribuir para reiterar a associação entre ambos e para lembrar as usuárias de seu potencial reprodutivo quase todos os dias do mês.

Por outro lado, os trabalhos de Daniela Manica (2003; 2009; 2011) mostram como o médico Elsimar Coutinho está desde os anos 1990 argumentando a favor da supressão da menstruação e de todos os males, que segundo o médico, decorreriam dela. A partir da análise do livro mais famoso do médico, “Menstruação, a sangria inútil”, publicado no Brasil pela primeira vez em 1996, a autora mostra como a defesa da supressão da menstruação estaria ligada à defesa dos contraceptivos hormonais que desenvolveu ao longo de sua trajetória: contraceptivos injetáveis, implantes e contraceptivos orais que deveriam ser tomados continuamente, todos alterando a frequência dos sangramentos.

Em defesa de tal supressão, Coutinho afirma que como o propósito “natural” dos ciclos menstruais, da sexualidade e da fertilidade é a reprodução, os ciclos nos quais não há fecundação – e há, portanto, sangramentos - são ciclos inúteis. Como escreve Daniela Manica (2011) explicando os argumentos do médico:

Uma vez que a sociedade interveio sobre esse processo reprodutivo, e consequentemente sobre a sexualidade e a fertilidade, acabou por gerar este fenômeno

---

<sup>23</sup> Ainda assim, é comum que tanto médicos quanto as peças publicitárias dos medicamentos se refiram a esse tipo de sangramento como menstruação.

– não natural – que são os sangramentos mensais. Dessa maneira, a economia reprodutiva na “sociedade” ou “civilização” produziria o sangue menstrual, ao contrário da economia reprodutiva na “natureza”, em que o produto esperado é sempre a descendência biológica, a prole (Manica, 2011, p. 207).

Se como vimos acima com o trabalho de Oudshoorn (1994), a administração da pílula foi preconizada dessa forma nos anos 1950 para viabilizar sua aceitação pela opinião pública, o médico brasileiro apostou na tentativa de modificar a opinião pública desfazendo a associação entre sangramentos mensais, saúde e natureza. Há um empenho, assim, não apenas em afirmar a inutilidade do sangramento decorrente do uso de hormônios contraceptivos - que seriam decorrentes de uma privação hormonal - mas também da menstruação em seu sentido técnico - um sangramento decorrente de uma ovulação sem fecundação -, desnaturalizando-a. Um de seus argumentos em defesa da supressão dos ciclos menstruais frequentes é que eles causariam a Síndrome Pré-Menstrual (SPM), fonte de perigo e riscos para as mulheres e para toda a sociedade,<sup>24</sup> que não poderia ser aceita como inevitável.

Além disso, o médico conecta a repetição demasiada de ciclos menstruais – o que jamais aconteceria em um “estado de natureza” no qual as mulheres supostamente estariam na maior parte do tempo grávidas ou amamentando – a um excesso de sangue e estrogênio que poderiam causar doenças como a anemia ferropriva, endometriose e cânceres nos órgãos reprodutivos. Consoante Manica (2011), para o médico, “a única salvação possível para esse perigo inevitável a que a civilização submeteu as mulheres é a tentativa de reprodução do estado de natureza, no qual – como procura demonstrar Coutinho – não existiria a menstruação” (Manica, 2011, p. 222). O meio pelo qual esse objetivo pode ser alcançado, dessa forma, também é proveniente da civilização, a contracepção hormonal.

Essa argumentação deu ao autor bastante projeção nos meios de comunicação brasileiros e, portanto, uma boa entrada com o público leigo. Além disso, foi publicada em 1999 uma versão ampliada do livro em inglês, em coautoria com Sheldon Segal, um dos diretores do *Population Council* na área de contracepção hormonal. Nessa publicação, intitulada “*Is Menstruation Obsolete?*” (1999), foram realizadas alterações e ampliações posteriormente replicadas nas edições brasileiras seguintes (Manica, 2011). Emilia Sanabria (2016) argumenta que foi a publicação do livro em inglês, em conjunto com a aprovação da pílula Seasonale<sup>25</sup> em 2003 pelo FDA, que levantou diversas discussões em publicações médicas e em mídias

---

<sup>24</sup> Segundo o médico, a SPM está associada à rejeição dos filhos e à criminalidade.

<sup>25</sup> Pílula cujo modo de administração e composições (etinilestradiol e levonorgestrel) são similares ao da Seasonique, possibilitando e incentivando menor quantidade de sangramentos anuais.



populares internacionais (Sanabria, 2016, p. 3). Segundo a mesma autora, 90% dos artigos de imprensa que apresentam a supressão menstrual trazem os argumentos defendidos por Coutinho e Segal (Sanabria, 2016)<sup>26</sup>.

A incorporação de tais argumentos a favor da supressão da menstruação na promoção comercial de diferentes tecnologias contraceptivas já foi observada no Brasil nos congressos de ginecologia e obstetrícia etnografados por Daniela Manica em sua dissertação de mestrado (2003) no início do século XXI: o 49º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em 2001, e VII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, realizado em 2002. Para me ater aos contraceptivos orais combinados, foco deste trabalho, sublinho que já naquele momento, Manica (2003) mostra como a empresa farmacêutica Libbs vendia uma pílula que deveria ser tomada de maneira contínua - a Gestinol 28<sup>27</sup> - e promovia a possível supressão dos sangramentos decorrente dela como um benefício e não como efeito colateral, com base nos mesmos argumentos de Elsimar Coutinho.<sup>28</sup>

Os anúncios relativos à pílula Gestinol 28, conforme descritos por Manica (2003), indicavam que, além da incorporação desses argumentos na oferta de uma alternativa contínua de pílula que suprimia a menstruação, havia uma promessa de eliminação das inconveniências trazidas pelos sangramentos (fossem eles frutos da menstruação ou da privação hormonal). Promovia-se, em conjunto com o contraceptivo, controle da vida pessoal, domínio de si, segurança, eficiência, maturidade, disponibilidade, prontidão, planejamento, liberdade e modernidade. A imagem associada ao uso dessa pílula contínua no anúncio do Gestinol 28 é a de uma mulher executiva, atualizada das questões políticas e econômicas do mundo, que viaja em razão do seu trabalho e que tem importantes conquistas financeiras. Essa mulher, embora não tenha (ainda?) um papel relevante na esfera doméstica, já que não é casada nem tem filhos, investe em sua feminilidade comprando um perfume importado no aeroporto enquanto aguarda

---

<sup>26</sup> Sanabria (2016, p. 71) mostra também como esses argumentos não são novos, e remontam a explicações do início do século XX.

<sup>27</sup> Diferentemente da Seasonique, a Gestinol 28 não pressupunha quatro sangramentos anuais, mas nenhum. Em diálogo com a questão posta por Nucci (2012), é possível se perguntar se a Seasonique não é uma resposta a uma recusa das usuárias de um corte tão radical dos sangramentos, e uma oferta de uma alternativa intermediária: menos sangramentos, não sua supressão total. Além disso, outra diferença é que a Gestinol 28 era composta de etinilestradiol e gestodeno, um progestágeno considerado de terceira geração.

<sup>28</sup> Apesar da promoção comercial da supressão hormonal da menstruação ter iniciado nessa época, na prática, desde os anos 1970 que mulheres brasileiras a experimentavam, em parte por conta da atuação de Elsimar Coutinho, suas pesquisas e atuação no país (Manica, 2009). Sanabria (2016) também relata, a partir de seu trabalho etnográfico sobre consumo de hormônios em Salvador, que grande parte das mulheres por ela entrevistadas já haviam “emendado cartelas”. Ou seja, haviam feito uso contínuo das pílulas, ainda que não fossem feitas especificamente para isso (o chamado uso *off-label*), a fim de evitar sangramentos em momentos que consideravam indesejáveis (como festas, idas à praia, dentre outros).

o avião de volta para seu país, onde tem um jantar marcado com seu noivo (Manica, 2003, p. 45-59)<sup>29</sup>.

Os trabalhos de Emilia Sanabria (2010, 2014, 2016) também são relevantes para pensarmos os diversos usos da contracepção hormonal no Brasil. A autora realizou uma etnografia, com duração de 18 meses, entre 2005 e 2006, predominantemente em Salvador, Bahia, na qual acompanhou médicos, farmacêuticos, pacientes, representantes de remédios no sistema público e privado de saúde. Sanabria (2010) abre um de seus artigos destacando que no Brasil, um país marcado por desigualdade social, a biomedicina se caracteriza, por um lado, pela supermedicalização sem regulação e por uma predileção por procedimentos cirúrgicos e, por outro, pela ausência de serviços básicos de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), que nasce com a Constituição Federal de 1988, seria assim caracterizado por seu financiamento insuficiente, grandes filas e por médicos tratando uma quantidade grande de pacientes em pouco tempo, o que levaria a um atendimento bastante padronizado. Por outro lado, nas instituições privadas, a autora identifica esforços no sentido de personalização e diferenciação da atenção médica (Sanabria, 2010, p. 377).

A partir dessa contextualização, Sanabria (2010) mostra os diferentes modos que os hormônios contraceptivos são agenciados em relação às mulheres atendidas no SUS e no sistema privado, muitas vezes pelos mesmos médicos. Evidencia, assim, as diferenças nos objetivos que se manifestam tanto na escolha dos métodos recomendados quanto na maneira com que lidam com os efeitos desses métodos. Se há relativa diversidade nos métodos hormonais e modos de administração disponibilizados, ela indica que são associados a diferentes tipos de usuárias (Sanabria, 2010, p. 378-379).

Seu trabalho de campo a leva a modificar um pouco o argumento de Nelly Oudshoorn (1996) sobre os anticoncepcionais. Segundo essa autora, a história da contracepção hormonal teria evoluído de um “modelo *one-size-fits-all*”, no qual as usuárias seriam referidas de forma homogênea, para outro mais diversificado a que ela dá o nome de “cafeteria”, que enfatizaria as diferenças entre as mulheres. Esses modelos revelariam como as tecnologias carregam consigo um “*configured user*” (Oudshoorn, 1996) que reatualiza diferenças sociais. Assim, para

---

<sup>29</sup> Os trabalhos de Laura Mamo e Jennifer Fosket (2009), Laura Jones (2011) e Elizabeth Kissling (2013), que também têm como foco as propagandas do Seasonale e Seasonique diretamente às consumidoras nos Estados Unidos, mostram como a mulheridade coproduzida junto a essas tecnologias são similares à apresentada por Manica (2003): mulheres que conjugam trabalho, exercícios físicos, arte, notícias e consumo. Suas vidas sociais, (heterocis)sexuais e de trabalho são vividas plenamente ao mesmo tempo em que ainda têm tempo para cuidados estéticos e outros associados ao feminino (considerados tempo para “si mesmas”). É uma mulheridade pós-feminista, caracterizada por uma grande flexibilidade e adaptabilidade (Martin, 1999; Gill, 2007).

essa autora, as novas tecnologias de administração hormonal possibilitariam a diferenciação entre usuárias a quem é dado o direito de fazer escolhas individuais e outras cuja fertilidade precisa ser controlada a despeito de suas vontades.

Sanabria (2010) concorda com esse entendimento, porém destaca que essa diferenciação não está ligada a uma separação entre países do “Norte” e do “Sul”, como entende Oudshoorn, pois em sua pesquisa em Salvador, foi possível identificar as duas lógicas operando (Sanabria, 2010, p. 379-380). Sobre os diferentes modos de administração dos hormônios em associação a diferentes usuárias, Sanabria (2010) escreve:

Contraceptivos orais de segunda geração são amplamente distribuídos por meio do serviço de saúde pública e estão disponíveis em farmácias por tão pouco quanto R\$5,00 por cartela. Já as pílulas mais caras de terceira geração são promovidas por meio do serviço de saúde privada de forma a reforçar a personalização dos tratamentos de acordo com o “perfil” da mulher, idade, estilo de vida, tendendo a enfatizar os efeitos das drogas em termos de bem-estar, perda de peso ou estética (Sanabria, 2010, p. 380, tradução minha).

Ao tratar do contexto do SUS, Sanabria (2010) assinala que os hormônios injetáveis (principalmente o Depo-Provera e sua cópia brasileira, o Contracep) são relativamente comuns, com taxas próximas a da esterilização, quando se trata de mulheres sem educação formal (Perpétuo e Wong, 2009, p. 100 apud Sanabria, 2010, p. 381). A autora atribui esse dado ao fato de ser um medicamento barato e eficaz, que depende da aplicação pelo serviço médico, o que evitaria a “má utilização”, por parte da paciente, associada à pílula. Como tende a ser utilizado em mulheres de baixa renda, acaba levantando preocupações, como a de que tais métodos sejam utilizados de maneira coercitiva, justamente porque dependem da aplicação pelos serviços de saúde (Sanabria, 2010, p. 381).

Mais especificamente sobre as pílulas, foco desta tese, a autora comenta que as chamadas pílulas de segunda geração também figuram como relevantes nesse contexto. Sanabria (2010) afirma que não há muita possibilidade de escolha, e que é comum que haja diferenças de estoque conforme o mês, fazendo com que as mulheres possam não achar as pílulas que lhes foram indicadas anteriormente no seu posto de saúde. Há, segundo ela, uma discrepância entre as diretrizes sobre provisão de contracepção e a realidade, o que atribui a um processo incompleto de devolução da responsabilidade pelo planejamento familiar, do Ministério da Saúde para o âmbito dos municípios e estados. Além disso, há que se considerar a grande desigualdade regional presente no país, o que contribui para um constrangimento local da escolha (Sanabria, 2010, p. 382).

A prática que Sanabria (2010) identificou nos serviços de planejamento familiar, fossem

do setor público ou não-governamental, visavam à “tomada de responsabilidade” por parte das mulheres, continuando a associação entre contracepção e a possibilidade do país sair de sua condição de subdesenvolvimento (Sanabria, 2010, p. 382). Trata-se da antiga visão neomalthusiana, presente também no século XXI, que atribui ao “excessivo” número de filhos (e às mulheres) a causa da pobreza. Segundo Sanabria (2010),

tomar responsabilidade é parte da construção de si como um (bom) cidadão. Bons pacientes são aqueles que cumprem os protocolos médicos e demonstram proficiência tanto nos protocolos médicos quanto nos institucionais. Os termos “cidadania” e “direitos” são sempre evocados para disciplinar pacientes a cumprirem suas obrigações como bons pacientes (...) (Sanabria, 2010, p. 382, tradução minha).

Por outro lado, no sistema privado, há, segundo Sanabria (2010), uma racionalidade que pensa os regimes hormonais em termos de autocontrole, bem-estar, estética, perda de peso, estilo de vida e aprimoramento. A autora assinala como, no Brasil, os implantes hormonais – geralmente classificados junto aos contraceptivos injetáveis quanto ao seu público-alvo, que seriam as mulheres pobres para fins de controle de natalidade – são direcionados às mulheres de classe média e alta em consultórios privados. Isso por conta do marketing e do seu alto preço, tendo sido disponibilizados às mulheres de baixa renda apenas durante as triagens clínicas. Os implantes hormonais obtiveram uma cobertura midiática focada nas mulheres de classe média, sendo vendidos como uma droga associada à “vida moderna”. Da mesma forma que vimos com Manica acima (2003), essa “vida moderna” foi associada à ausência de menstruação causada por esse tipo de contraceptivo (Sanabria, 2010, p. 384).

Além de mostrar como esses implantes são agenciados nos consultórios privados em Salvador, Sanabria (2010) também se refere ao uso das pílulas anticoncepcionais para controle e aprimoramento. Ela escreve:

Dada a flexibilidade regulatória (ou ausência de regulação) em relação à prescrição *off-label* e o fato que usuárias podem obter contraceptivos orais direto na farmácia, mulheres na Bahia comumente utilizam pílulas continuamente, no regime estendido, para pular a menstruação. A supressão menstrual, usando Mirena®, implantes hormonais ou contraceptivos orais, é amplamente apresentada como um meio de regular as emoções associadas à menstruação, como irritabilidade, tristeza, raiva ou lentidão. Em relação à apresentação desses regimes hormonais (na mídia ou durante as consultas no setor privado), as propriedades contraceptivas acabam sendo quase secundárias em relação aos aspectos de estilo de vida da droga, que são sublinhados. Eu percebi que as pacientes do setor privado são frequentemente incentivadas nas consultas médicas a considerar os hormônios sexuais em termos das mudanças afetivas que tornam possíveis, ou em relação a suas propriedades extracontraceptivas (Sanabria, 2010, p. 386, tradução minha).

Por outro lado, a autora argumenta que nos serviços públicos, quando mulheres de baixa renda se referem a efeitos colaterais durante as consultas, elas geralmente não são levadas a

sério. Ganho de peso, dores de cabeça ou desconforto são, segundo Sanabria (2010), reclamações comuns entre usuárias de pílulas nos serviços de saúde. Segundo ela, os médicos atribuem tais reclamações à ignorância, já que não haveria conexão entre os hormônios e os efeitos aos quais se referem (Sanabria, 2010, p. 386). Especificamente quanto a essa exaltação feita pelos médicos dos “benefícios extracontraceptivos” nos serviços privados em contraste com a desconsideração dos “efeitos colaterais” no serviço público, eu seria mais cuidadosa. Isso porque minha pesquisa e outras mostram que há também denúncias, por parte das mulheres de classes média usuárias de serviços privados, em relação a uma falta de atenção por parte dos médicos às suas reclamações sobre os efeitos colaterais dos hormônios (Klöppel, 2017; Santos, 2018; Rodrigues, 2020). Apesar dessa desconsideração dos efeitos colaterais tanto no sistema público quanto no privado, isso não significa negar a estratificação da biomedicalização. Há, como Sanabria bem evidencia, diferenças importantes no que tange à promoção dos chamados efeitos extracontraceptivos e dos enquadramentos da necessidade da contracepção, bem como na quantidade de opções contraceptivas disponibilizadas, que intra-agem com classe e raça.

Além disso, Sanabria (2014) sublinha a diferença produzida pelos modos de administração dos hormônios contraceptivos, pelo *marketing* e pelas relações entre médicos, pacientes e indústria farmacêutica. A autora argumenta que, em um ambiente no qual a publicidade direta é proibida e o nome da marca não pode ser divulgada, o modo de administração adquire bastante importância, o que ela exemplifica com as propagandas de diferentes contraceptivos (Sanabria, 2016, p. 181). Os efeitos dessa produção de diferença aparecem nas suas pesquisas com usuárias de diferentes contraceptivos. Em sua pesquisa de campo, a pílula é mais associada a “hormônios” e a maiores dosagens do que o “Mirena®” (sistema intrauterino de levonorgestrel da Bayer, uma progestina de segunda geração) ou mesmo os implantes hormonais. Muitas de suas interlocutoras rejeitam qualquer aproximação entre contraceptivos orais, o dispositivo intrauterino e os implantes, com os dois últimos deixando de aparecer como medicamentos, apesar de sua ação farmacológica. A publicidade do Mirena® diminui a importância da ação hormonal, centrando atenção no fato de ser um dispositivo intrauterino, da mesma forma que as propagandas dos implantes sublinham o dispositivo sobre a ação hormonal<sup>30</sup> (Sanabria, 2016, p. 181). Além disso, a pílula é ainda mais associada aos “sangramentos menstruais” e à “tensão pré-menstrual” (TPM) que esses outros

---

<sup>30</sup> Sanabria (2016) exemplifica com os slogans do implante contraceptivo Implanon (“Discover implantable contraception”), o anel vaginal Nuvaring (“Oh! Once-a-month birth control”), a pílula de uso estendido Seasonale (“Fewer Periods. More Possibilities.”) e o sistema intrauterino hormonal Mirena® (“Keep life simple. Birth control for busy moms”).

modos de administração citados, mesmo podendo também ser utilizada de forma a levar à ausência de sangramentos<sup>31</sup> (Sanabria, 2014, p. 5-8).

Além das diferenças produzidas pelos modos de administração, Sanabria (2016) também chama a atenção para a importância do marketing para a produção da diferença entre as várias pílulas no mercado. Além das gerações, que entre os médicos fazem referência às classificações das progestinas presentes nas pílulas combinadas, as marcas também fazem diferença. Sanabria (2016) descreve uma de suas idas a consultórios privados de ginecologistas, acompanhando um representante farmacêutico da empresa Schering, Anderson, em suas vendas. Ela escreve:

Os produtos da Schering são considerados “muito chiques”, como disse um ginecologista. Anderson puxa conversa com o médico de igual para igual, sem pressa, contando piadas. Ele sabe que seus produtos são importantes. Ele está ali para “defender” Yasmin, uma das principais marcas brasileiras que contém o hormônio de quarta geração drospirenona, meticulosamente comercializado pela Schering como a pílula bem-estar, pois se apresenta como redutora de inchaço e de ganho de peso, dados os efeitos diuréticos da drospirenona. Vários laboratórios nacionais lançaram “cópias” (genéricas e similares, como são designadas localmente), e a Schering está preocupada com a violação de patentes e com a perda de mercado. “Doutora, eu quero que você me ajude a tornar a Yasmin a opção número um para suas pacientes. É o melhor produto do mercado: trata do bem-estar da sua paciente. Ela não vai sentir aquele inchaço que a faz trocar. E Yasmin é a coisa real, a garantia de qualidade, não apenas uma cópia” (Sanabria, 2016, p. 180, tradução minha).

Sanabria (2016) explica que em 2012 a empresa farmacêutica brasileira EMS Sigma Farma lançou várias pílulas contendo drospirenona, a mesma progestina de quarta geração presente no Yasmin, pela metade de seu preço. Segundo Sanabria, a estratégia de publicidade da EMS é baseada numa promessa de mais: “mais beleza, mais leveza e mais liberdade para mais mulheres” (Sanabria, 2016, p. 181, tradução minha). A autora considera que os aspectos da marca, como design, logo, nome, imagem e conceito fazem bastante diferença para além da composição da droga. Exemplifica com o caso do Yasmin, amplamente associado ao bem-estar e à perda de peso através das campanhas publicitárias no Brasil. Apesar de tal associação acabar se estendendo à drospirenona e não somente à marca Yasmin, os aspectos dessa marca se infiltram desigualmente em suas outras apresentações: diferentes embalagens, conceitos, ou mesmo a produção de cópias por empresas de medicamentos genéricos, fazem diferença em sua atuação semiótico-material (Sanabria, 2016, p. 181).

Por fim, destaco ainda que no Brasil, as propagandas realizadas diretamente às consumidoras são ilegais. Isso faz com que ginecologistas sejam centrais na mediação entre

---

<sup>31</sup> Sanabria (2014, p. 7-8) destaca que no caso da pílula, há a necessidade de uma passagem dos compostos pelo fígado que os outros métodos dispensam, levando a uma menor “biodisponibilidade”. Assim, no caso das pílulas, há a necessidade de uma maior dosagem para o mesmo efeito.

indústria farmacêutica e usuárias de pílulas anticoncepcionais, e a etnografia dos congressos de ginecologia realizada por Manica (2003) mostra o empenho da indústria farmacêutica nesse sentido. Mas ginecologistas não são os únicos mediadores. A tese de doutorado de Juliana Sampaio (2016) analisa os vídeos sobre hormônios de dois canais da empresa farmacêutica Bayer na plataforma *YouTube*, com foco nos modos de subjetivação realizados por essa associação entre mídia, ciência e indústria farmacêutica. A maior parte dos vídeos tem a presença de médicos, em geral ginecologistas, tratando dos efeitos e recomendações em torno desses medicamentos, e são direcionados ao público consumidor.

Analisando a legislação da Anvisa em vigor, remédios de tarja vermelha - que exigem prescrição, ainda que não retenção da receita médica - como é o caso das pílulas anticoncepcionais, “somente podem ser anunciados para os profissionais médicos, dentistas e farmacêuticos, por meio de publicações especializadas (Anvisa, 2010, p. 96 apud Sampaio, 2016, p. 80). Assim, a divulgação desse tipo de medicamento se dá principalmente através de representantes das indústrias nos consultórios médicos, nos congressos especializados e nos meios de comunicação destinados aos profissionais de saúde que podem prescrever tais produtos. Contudo, Sampaio (2016) mostra como, segundo a Anvisa, só se considera propaganda direta quando se divulga determinado produto ou marca, que não é o caso dos vídeos da Bayer.

Pode haver controvérsias, no entanto, quanto à chamada “propaganda indireta”. Em princípio, a Anvisa também a proíbe, definindo-a como “aquela que, sem mencionar o nome dos produtos, utiliza marcas, símbolos, designações e/ou indicações capaz de identificá-los e/ou que cita a existência de algum tipo de tratamento para uma condição específica de saúde” (RDC 96/08, Anvisa, 2008). Tal trecho da regulamentação poderia “abrir margens para entendermos os vídeos sobre hormônios da Bayer como propaganda indireta, pois, apesar de não identificarem nomes, marcas e símbolos, são discutidos os tratamentos específicos para condições particulares de saúde” (Sampaio, 2016, p. 81). Os vídeos analisados por Sampaio mostram ginecologistas associando pílulas anticoncepcionais a uma extensa lista de vantagens, que vai “desde a diminuição das dores durante o período menstrual, como melhoria nas formas corporais, com a redução de pelos e acne, além dos benefícios para os afetos com a diminuição da irritabilidade e ansiedade” (Sampaio, 2016, p. 106).

Contudo, há uma brecha na legislação que a indústria farmacêutica pode utilizar. A Anvisa tem a classificação de Campanhas Sociais, que aparece no artigo 44 da resolução<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Art 44 A divulgação de campanha social deve ter como único objetivo informar ações de responsabilidade social

Segundo Sampaio (2016), como os vídeos apresentam profissionais da saúde falando sobre condições médicas específicas sem fazer menção aos produtos da Bayer - ainda que estejam vinculados ao canal do *YouTube* da empresa - poderiam alegar que os vídeos têm caráter de Campanha Social por buscarem informar a população sobre diferentes condições de saúde (Sampaio, 2016). Tendo isso em vista, a mediação de ginecologistas, de plataformas dependentes da internet e das campanhas que unem empresas e médicos fazem diferença no alcance da materialização semiótica das pílulas anticoncepcionais no Brasil.

### *Práticas de recusa à pílula anticoncepcional, biomedicalização e gênero*

A última década também foi marcada por uma crescente recusa ao uso de pílulas anticoncepcionais, como vimos já no início desta introdução. Tal recusa por parte de mulheres jovens foi objeto de algumas pesquisas recentes: da minha dissertação de mestrado, em sua associação às práticas de percepção da fertilidade como alternativa contraceptiva e de empoderamento e aprimoramento da saúde (Klöppel, 2017; Klöppel e Rohden, 2021); da dissertação de Ananda Santos, sobre sua articulação no maior grupo sobre anticoncepção em língua portuguesa no *Facebook*, intitulado “Adeus Hormônios: contracepção não-hormonal” (Santos, 2018); da dissertação de Virgínia Rodrigues, que discutiu tantos os usos quanto as recusas desse medicamento por jovens de classes médias urbanas frente a essas novas controvérsias (Rodrigues, 2020) e, por fim, da dissertação de Camila Pissolito, que seguiu os efeitos colaterais nos relatos da página no *Facebook* “Vítimas de Anticoncepcionais. Unidas a Favor da Vida” e buscou analisar como as redes sociais digitais modificam a relação médico-paciente e as escolhas contraceptivas (Pissolito, 2021).

Em minha dissertação, identifiquei que as práticas de percepção da fertilidade pesquisadas, muitas vezes também promovidas como “contracepção natural”, são colocadas em contraposição à contracepção hormonal e apresentadas como alternativa “saudável” e “empoderadora” ao consumo desses hormônios. A percepção da fertilidade é enquadrada enquanto prática natural por não depender da ingestão de hormônios exógenos ao corpo. Segundo as interlocutoras, os hormônios contraceptivos impossibilitam a existência do ciclo menstrual, um ator considerado “natural” e “imprescindível à saúde”. Nessa articulação, tal ciclo é descrito como composto por dinâmicas periódicas entre quantidades variáveis de hormônios, dentre os quais os protagonistas são o estrogênio e a progesterona, que levam à

---

da empresa, não podendo haver menção a nomes de medicamentos, nem publicidade destes produtos, da mesma forma que nenhuma propaganda ou publicidade de medicamentos pode se referir às ações de campanhas sociais da empresa (RDC 96/08, ANVISA, 2008).



ocorrência de ovulação e da menstruação. Os hormônios contraceptivos, por sua vez, impediriam essa variação considerada “natural” através do consumo recorrente de hormônios similares aos produzidos pelos corpos. Sem tal variação, não há ovulação, nem fertilidade, nem menstruação, nem saúde. O sangramento que ocorre com o uso da pílula, nesse sentido, é enquadrado como “sangramento de privação hormonal”, diferenciando-os da “menstruação” tida como natural.

Assim, nessa articulação, o ciclo menstrual faz parte da constituição de um “corpo natural” que menstrua, ovula, tem períodos férteis e variação hormonal. É também por isso, saudável, já que o ciclo menstrual é perfurado como indicador de saúde. Por outro lado, os hormônios contraceptivos são considerados “artificiais” e, ao interferirem nesses ciclos suprimindo essas variações hormonais particulares, trazem consigo os efeitos adversos. Assim, são produzidas fronteiras relativas ao “próprio corpo” ou ao “corpo natural”, que inclui o ciclo menstrual e exclui hormônios contraceptivos, ainda que os últimos tenham sido consumidos diariamente por anos. É esse corpo que muitas das praticantes de percepção da fertilidade buscam quando interrompem o uso de contraceptivos hormonais e dizem querer “conhecer o próprio corpo”, “conhecer o corpo natural” ou “conhecer a si própria”. Como muitas iniciaram o consumo dos hormônios quando adolescentes, consideram que nunca tiveram oportunidade de conhecer tal corpo, já que a adolescência é entendida como um período de transição onde esse “corpo” ainda não se estabeleceu plenamente.

Em uma outra lógica ainda, tal conhecimento viabiliza, para as interlocutoras, um maior controle sobre o próprio corpo, o que, por sua vez, leva a decisões mais conscientes em relação à saúde e à fertilidade. Esse é um dos sentidos que o termo “empoderamento” é utilizado, para se referir ao poder de escolha individual. Mas além disso, um sentido mais coletivo também é evocado: de maneira importante, a percepção da fertilidade é entendida como prática de conhecimento que pode redistribuir a autoridade na relação com os médicos e reconfigurar as relações de gênero, gerando mais autonomia para as mulheres frente aos médicos, à indústria farmacêutica e a seus parceiros, geralmente exigindo cooperação na contracepção. As práticas são reivindicadas, assim, enquanto contraconduta em relação à biomedicina, ligada a uma prescrição excessiva de hormônios contraceptivos das quais as interlocutoras são críticas. Em seus relatos, a “medicina hormonal” é vista como produzindo ignorância sobre os corpos e controle das mulheres, enquanto os médicos são acusados de não compartilharem o conhecimento e impedirem a autonomia das pacientes.

Ainda nesse quadro, a pílula anticoncepcional é descrita como um método cômodo para ginecologistas, porque enquanto os efeitos colaterais graves, como a trombose e acidentes vasculares cerebrais, seriam raros, os efeitos como depressão e diminuição da libido são facilmente desacreditados e vistos como “frescura” e não associados à pílula. Por fim, acusam a indústria farmacêutica por sua pressão sobre os médicos e sua política de distribuição de amostras grátis e presentes, além do patrocínio de congressos médicos. Denuncia-se, assim, que as mulheres não são levadas a sério em suas queixas e que os efeitos nocivos à saúde decorrentes do uso dos contraceptivos são invisibilizados por essas relações de poder. Todas essas questões são aglutinadas, portanto, em um rechaço ao uso de hormônios (Klöppel, 2017).

Nesse sentido, o grupo no *Facebook* é central para o agrupamento, organização e troca de informações, e também mobilização das pessoas. O reconhecimento mútuo entre as participantes se dá muito a partir das experiências relacionadas à saúde e ao aprimoramento do ciclo menstrual, mas não só. São centrais também as experiências relativas à interrupção do uso dos anticoncepcionais hormonais depois de um longo período de uso e a troca de informações sobre como lidar com os efeitos corporais dessa decisão. Efeitos comuns associados à interrupção do uso são o aparecimento de acne, irregularidades dos sangramentos e cólicas, principalmente nos primeiros meses. Compartilham também a necessidade e busca por formas seguras e eficazes de contracepção e o medo e/ou desejo de engravidar, ainda que em um futuro distante.

Embora haja reconhecimento da possibilidade de pessoas de outros gêneros praticarem percepção da fertilidade, são mais recorrentes, nas publicações no grupo do *Facebook* e nas falas de interlocutoras, as associações entre essas questões acima citadas e a mulheridade<sup>33</sup>. Os homens, comumente, aparecem como companheiros, namorados e maridos de praticantes, mas dificilmente associados às práticas específicas de percepção da fertilidade enquanto autoconhecimento, contracepção/concepção e/ou aprimoramento da saúde. Esse reconhecimento mútuo acaba por se dar, portanto, ao menos no caso daquelas que moderam o grupo do *Facebook*, foco de minha pesquisa, a pessoas bastante similares: são mulheres, brancas, da mesma geração, que estiveram ou estão em relacionamentos com homens cis, com a graduação ou pós-graduação em andamento. Além do compartilhamento dessas experiências, o acesso à internet, a possibilidade de ler em inglês (grande parte das informações compartilhadas estão nesse idioma) e ter familiaridade com o formato dos artigos científicos

---

<sup>33</sup> Refiro-me à "mulheridade" aqui como sendo o estatuto ontológico atribuído situacionalmente ao "ser mulher", que entendo como performance ou prática discursivo-material que é continuamente reiterada ou reformulada.

são comuns a elas, o que também localiza as práticas, nessa configuração, em uma realidade particular.

Essa similaridade entre as praticantes acaba por tornar mais visível a desigualdade dos aparatos de gênero e médico-farmacêutico, enquanto outras relações de poder são colocadas em um lugar secundário, ainda que não sejam totalmente invisibilizadas. Uma das publicações centrais no grupo expressa o repúdio ao racismo, lesbofobia, capacitismo e a discursos de ódio em geral, mas há poucas discussões sobre essas relações de poder que não digam respeito a gênero em outros tópicos e publicações no grupo (Klöppel, 2017). Enquanto se reconhecem como feministas, no sentido em que denunciam desigualdades de gênero e buscam superá-las, nem sempre há concordância ou evidência sobre como entendem tal feminismo ou mesmo gênero. Em minha dissertação, busquei traçar as semelhanças e diferenças com os movimentos de autoajuda feminista dos anos 1970 e 1980 nos Estados Unidos, principalmente a partir da leitura da historiadora Michelle Murphy (2004a, 2004b, 2012).

Uma dessas diferenças fundamentais em relação ao movimento de autoajuda feminista está em sua relação ambígua, porém marcada pela biomedicalização (Clarke et al, 2010). Trata-se de um foco intensificado na saúde que não passa pela cura de corpos patologizados, mas preza pelo aprimoramento. Os “problemas” identificados nos ciclos menstruais não são tratados como doenças, mas são pontos de partida na busca por recursos que visam ao melhoramento do ciclo menstrual e, por conseguinte, de diferentes dimensões das vidas das praticantes. Muitos desses recursos passam pela tecnociência, e vão desde *softwares* aplicativos para monitoramento do ciclo e termômetros de precisão para medição cotidiana da temperatura a recursos farmacêuticos como suplementos vitamínicos ou à base de ervas. Fluidos corporais como sangue menstrual e muco cervical são analisados e valorizados e, para essa mediação, tecnologias de visualização como o coletor menstrual e papel higiênico também são consideradas importantes. Além disso, as práticas reivindicadas como tradicionais, como banhos de assento com chás, aparecem com frequência. A mudança na alimentação e no sono é bastante incentivada e a prática de exercícios físicos também aparece como fundamental para tornar o ciclo, e a pessoa, mais saudáveis. Por fim, há a presença de práticas como psicoterapia, mas não se dispensa muitas palavras sobre seus efeitos diretos nos ciclos menstruais ou na saúde, ainda que se reconheça sua importância.

A afirmação da centralidade da ciência, no entanto, é explícita na ênfase constante nos “dados” e “evidências”. Além de lerem e compartilharem artigos científicos sobre os temas que discutem, os médicos não deixam de ser consultados. Contudo, não são colocados em uma

posição de autoridade absoluta. A troca de informações e indicações de ginecologistas no grupo do *Facebook* é comum, o que possibilita que se consultem com médicos, e principalmente médicas, que entendem e apoiam suas práticas em relação ao ciclo menstrual e à saúde. Quando isso não é possível, outra prática é realizar as consultas de forma mais instrumental. Buscam seus exames, mas nem sempre seguem as interpretações e orientações dos médicos sobre os resultados ou revelam que fazem uso de métodos baseados na percepção da fertilidade como contracepção. Enquanto algumas omitem tais informações por receio que os médicos as questionem, outras confrontam suas posições em relação ao ciclo menstrual e à contracepção hormonal.

Além disso, as práticas de aprimoramento na percepção da fertilidade são justificadas pela “naturalidade” atribuída ao ciclo menstrual. Além de sua ausência ser considerada um sinal de falta de saúde, sua presença pode não ser suficiente, já que o ideal do “ciclo menstrual saudável” nem sempre é alcançado sem esforços. A culpa pela diferença entre os ciclos existentes e o ideal saudável é atribuída, muitas vezes, ao capitalismo, ao machismo e à biomedicina, que modificaram essa suposta “natureza saudável” dos ciclos menstruais com o estilo de vida atual e com os recursos hormonais (que incorporariam capitalismo, machismo e biomedicina). Nesse sentido, as interlocutoras consideram necessário que se invista em “consertar” as consequências dessa intervenção humana indevida, a partir de outra forma de intervenção, que retome a orientação “natural” e, portanto, mais saudável, do corpo. Assim, é em torno de uma suposta maior proximidade da natureza, em contraposição à artificialidade da biomedicina, que a utilização de recursos farmacêuticos à base de ervas e suplementos vitamínicos é legitimada, enquanto o uso de hormônios é criticado. As práticas de percepção de fertilidade, alinhadas com outras “contratendências” em relação à biomedicina, reforçam o argumento de Clarke et al (2010) de que a exigência de que pacientes, consumidores e grupos de pacientes se tornem “mais informados e responsáveis - essencialmente mais “cientificizados” - em relação à biomedicina” faz parte do próprio aparato de biomedicalização (Clarke et al, 2010, p. 16). Nesse mesmo sentido, pode-se dizer que as “identidades tecnocientíficas” (Clarke et al, 2010) associadas à percepção da fertilidade estão ligadas, por um lado, a projetos coletivos de “empoderamento” próximos ao feminismo e de valorização de um corpo associado primariamente ao feminino e, por outro, à responsabilização individual pela saúde e pelo aprimoramento através de uma busca por se tornar “mais saudável”, “mais fértil” e “mais natural”, o que viria a propiciar também um aumento do “bem-estar” e da “qualidade de vida”.

Por fim, outra diferença fundamental identificada em relação ao movimento de autoajuda feminista se dá na simultânea afirmação e reformulação do aparato de gênero via centralidade dos ciclos menstruais e dos hormônios. Seguindo Judith Butler (2003), ao entender as práticas de percepção da fertilidade como processos de materialização, é possível perceber que, por um lado, os agenciamentos em torno da percepção da fertilidade continuam a colocar o sexo, ligado à natureza, como uma matéria-prima dada e, embora passível de ser modificada, pertencente a um domínio anterior e “original”. Nesse domínio, o ciclo menstrual junto ao estrógeno e a progesterona são os protagonistas. Dessa forma, ao reproduzirem uma diferenciação entre sexo e gênero, acabam por “naturalizar” a diferença sexual e hormonal, em termos binários, orientada à reprodução. Nesse sentido, acabam assim por reforçar o aparato de gênero hegemônico.

Por outro lado, no entanto, há o reconhecimento da possibilidade de descontinuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo, o que reformula o aparato de gênero descrito por Butler (2003). A orientação dessa natureza (dos ciclos menstruais) se conecta mais à saúde do que à mulheridade ou à reprodução, sendo esses últimos performados em conexão ao domínio do gênero (em contraposição a sexo) e do social (em contraposição ao natural). É central, portanto, a reafirmação dessa dicotomia hegemônica e constitutiva do “Ocidente moderno”. Por fim, é possível considerar que a politização do ciclo menstrual reconfigura as relações de gênero, ao modificar os enquadramentos da mulheridade produzidas pela ginecologia, e as relações médico-paciente. Contudo, não questiona a “substancialização” da diferença sexual e a estrutura binária no nível do sexo.

Ainda no tocante a essa “substancialização”, é necessário destacar as reformulações que as práticas de percepção da fertilidade operam no plano hormonal, que constitui o foco mais recente da biologização ou “substancialização” da diferença sexual (Rohden, 2008, 2017). Se por um lado, estão ligados a uma natureza dada e anterior, bem como à saúde e ao bem-estar, também são remodelados de maneira significativa. Hormônios historicamente associados a “corpos femininos”, como o estrógeno, são articulados aqui em torno de noções de libido, criatividade, produtividade e aumento da energia, geralmente ligados à testosterona e à masculinidade, na biomedicina. No entanto, os momentos do ciclo menstrual caracterizados pela ausência ou diminuição do estrógeno são performados enquanto em falta em relação a esses atributos, enquadrados como presentes constantemente nos “corpos masculinos”, definidos como “sempre férteis”. Os atributos associados à ausência do estrógeno são, em contrapartida, positivados como momentos necessários de reflexão e autocuidado, havendo um

questionamento do valor atribuído a uma produtividade necessariamente em ascendência constante (que é associada de maneira naturalizante à testosterona e ao masculino).

A substancialização da diferença sexual se dá, portanto, nessa “natureza hormonal” que determina binariamente os comportamentos e os corpos. Uns em associação mais íntima ao estrógeno e à progesterona, e outros à testosterona, pelo menos no nível da “natureza”, constitutivo e primordial. Nesse sentido ainda, para as partidárias da percepção da fertilidade, e suas referências “naturais”, na medida em que o consumo de hormônios é ligado a uma artificialidade contrária à natureza e, portanto, menos saudável, aqueles corpos e identidades que os consomem, seja por que motivo for, estariam em contraposição a uma “vida saudável”. Isso se torna ainda mais problemático em um quadro de responsabilização individual no qual a saúde é um atributo moral e a designação de uma prática como “não saudável” carrega consigo a deslegitimação e inferiorização.

Enquanto as interlocutoras de minha pesquisa de mestrado reafirmavam intensamente sua aproximação da ciência e das evidências científicas - apenas adicionando práticas tradicionais que não estivessem em contradição com elas -, Ananda Santos (2018), em sua análise da dinâmica do grupo “Adeus Hormônios”, identificou uma versão mais espiritualizada dessas práticas, ligada ao “Sagrado Feminino”. Santos (2018) mostra que, em parte do grupo que analisou, as práticas se conectavam à espiritualidade Nova Era. Sobre tais práticas de espiritualidade, Daniela Clodorvil (2015) afirma que, às vezes com referência a um suposto “matriarcado pré-histórico”, entende-se que

a mulher deve resgatar o equilíbrio e a conexão com seu corpo, utilizando-o como veículo de ligação com sua espiritualidade. A Nova Era, ou Era de Aquarius, seria um momento em que a humanidade chega aos limites da mentalidade patriarcal, centrada na supremacia do masculino, percebido enquanto responsável pela conquista predadora do meio ambiente e de outros grupos humanos. As religiões e espiritualidades da Nova Era pregam o resgate do feminino como elemento primordial de conexão com o sagrado. Na atualidade, o movimento feminista e algumas espiritualidades dele advindas procuram resgatar a sacralidade do feminino a partir de práticas onde o simbolismo da mulher e do sangue menstrual adquirem centralidade (Clodorvil, 2015, p. 432).

É interessante notar que a vertente Wicca Diânica, mais próxima dessas práticas, teve origem, ainda segundo a mesma autora, na Califórnia dos anos 1970, com proximidade à contracultura e aos movimentos feministas e ecológicos. Nesse sentido, “Prega uma espiritualidade mesclada com ativismo político, pois pretende resgatar a conexão da mulher com a terra e com os ciclos da natureza, percebidos como ameaçados pela cultura ocidental” (Clodorvil, 2015, p. 433). Assim, estaria associada à busca, por parte das mulheres, por alternativas aos aparatos de gênero hegemônicos, a partir de uma primazia do feminino.

Contudo, isso acaba por engendrar uma biologização do gênero quando conecta esse “poder feminino” ao útero e ao sangue menstrual. Por outro lado, há também um esforço em superar esse entendimento essencialista a partir de uma separação entre o feminino e o masculino de corpos específicos, a partir da cosmovisão na qual homens e mulheres são percebidos como possuindo características femininas e masculinas (Cordovil, 2015, p. 445-446).

Há, portanto, uma proximidade evidente com os argumentos e impasses trazidos pelas praticantes de percepção da fertilidade, mesmo que naquele caso as práticas não se materializem como espirituais. Trata-se, ainda, de práticas discursivo-materiais similares às que aparecem na discussão sobre parto e violência obstétrica (Fleischer, 2011) ou sobre aleitamento materno (Alzuguir e Nucci, 2015). Conforme aponta Daniela Manica (2018), tais movimentos se ancoram tanto na recusa às intervenções e autoridades médicas quanto na valorização de experiências corporais, como parto vaginal, amamentação e ciclos menstruais (Bobel, 2010; Alzuguir e Nucci, 2015; Klöppel, 2017; Manica, 2015, 2017; Manica, Goldenberg e Asensi, 2018). Em muitos desses movimentos, citando as palavras de Daniela Manica e Martha Ramírez-Gálvez (2015), “a ‘natureza’ é diretamente mobilizada como algo a ser resgatado e reaprendido, de forma a compensar um processo prévio de desaprendizagem, resultante da estabilização da tecnociência voltada à reprodução nos últimos séculos” (Manica e Ramírez-Gálvez, 2015, p. 38). Há, portanto, uma politização presente nesse “retorno à natureza” que, por um lado, reifica e reatualiza uma divisão entre “natureza” e “cultura” hegemônica no Ocidente e, por outro, pretende desestabilizar relações de poder. Em alguns casos, como é visível principalmente nas práticas de percepção da fertilidade no caso da contracepção, trata-se de uma “seletiva visão tecnofóbica” que se dirige ao aparato e procedimentos médicos (Manica e Ramírez-Gálvez, 2015, p. 38), mas não nega a tecnociência e suas “evidências”.

#### *Outras práticas em torno dos hormônios contraceptivos e da biomedicalização*

A dinâmica dos relatos sobre a interrupção da pílula foi bem explorada pelos trabalhos já realizados: em geral, trata-se de mulheres que começaram a usar os hormônios combinados ainda na adolescência, entre 13 e 18 anos, por diferentes razões<sup>34</sup> e que são surpreendidas por notícias que divulgam a possibilidade de efeitos colaterais graves, como os eventos tromboembólicos, acidentes vasculares cerebrais, infarto do miocárdio e câncer de mama. Depois da reunião em diferentes páginas e grupos no *Facebook* sobre contracepção e seus

---

<sup>34</sup> Como método contraceptivo, para “regular” a menstruação, para controle de espinhas, para alívio de cólicas e de TPM, para “ovários policísticos”, endometriose, dentre outros.

efeitos, outras dão-se conta também que efeitos colaterais como dores de cabeça, diminuição da libido e desânimo são associados com frequência ao uso da pílula. Muitas que sentiam tais efeitos e não os associavam ao dispositivo passam a questionar o próprio uso. Várias também só se dão conta ou confirmam que o que sentiam eram efeitos da pílula depois de interromper o consumo (Klöppel, 2017; Santos, 2018; Rodrigues, 2020; Pissolito, 2021). Contudo, as práticas que decorrem da recusa às pílulas anticoncepcionais não se restringem à percepção da fertilidade.

Enquanto algumas suspendem o uso e passam a rejeitar qualquer forma de contracepção hormonal, outras, ainda que reconhecendo os efeitos negativos, entendem as pílulas como um “mal necessário”, cujos benefícios superam os danos e riscos. Algumas, por mais que tentem parar o consumo, acabam por ter “recaídas” por conta dos efeitos da interrupção, como medo de gravidez, acne, oleosidade do cabelo, cólicas, sangramentos aumentados e oscilações no humor, que são especialmente intensos nos primeiros meses após a suspensão do uso. Outras ainda mudam para outros métodos hormonais que consideram menos prejudiciais e arriscados, ou mesmo positivos. Dessa forma, embora compartilhem um enquadramento da pílula como perigosa - no mínimo uma inconveniência indispensável, e no máximo, um “veneno” - as possibilidades são muito mais diversas que aquelas das práticas de percepção da fertilidade (Klöppel, 2017; Santos, 2018; Rodrigues, 2020; Pissolito, 2021).

O trabalho de Ananda Santos (2018) sobre o “Adeus Hormônios”, que tem mais de 130 mil perfis associados no *Facebook*<sup>35</sup>, é o que melhor aponta para a variedade de relações possíveis com a pílula. Um indicativo disso é a pluralidade de métodos contraceptivos debatidos no grupo por aquelas que deixam a pílula e buscam anticoncepção: além dos métodos baseados na percepção da fertilidade, aparecem os preservativos, o diafragma, o dispositivo intrauterino de cobre e o coito interrompido. Outra diferença relevante em relação ao grupo sobre percepção da fertilidade é que, enquanto as administradoras desse último o descrevem como feminista e a favor da legalização do aborto (embora o tema seja pouco discutido no grupo), uma das regras do “Adeus Hormônios”, cujo número de participantes é muito maior, proíbe publicações sobre

---

<sup>35</sup> Tratando das participantes do grupo, Santos (2018) afirma que era composto “por 89% de mulheres entre 18 e 34 anos. Desse percentual, em média havia 46% de mulheres de 18 a 24 anos, e 44% de mulheres entre 25 e 34 anos.” Além disso, eram em sua maioria residentes, segundo seus perfis, em São Paulo - São Paulo (mais de 23 mil) e no Rio de Janeiro - Rio de Janeiro (mais de 13 mil). Além dessas cidades, Santos (2018) cita números significativos em Curitiba - Paraná, Belo Horizonte - Minas Gerais, e Porto Alegre - Rio Grande do Sul. (Santos, 2018, p. 72). Argumenta ainda que tais informações reforçam “a hipótese de que o movimento de contestação da pílula anticoncepcional (e talvez de demais contraceptivos hormonais) no Brasil vem sendo construído por uma parcela da população bem específica: mulheres jovens, escolarizadas e residentes de regiões mais desenvolvidas do país.” Contudo, chama a atenção também para a heterogeneidade, afirmando que uma das moderadoras do grupo destoa da maioria escolarizada e mora na periferia de uma grande cidade (Santos, 2018, p. 73-74).



política e aborto, e não faz menção a feminismo nas publicações de apresentação. Santos (2018), citando uma das moderadoras do grupo, indica que há bastante heterogeneidade no grupo, havendo participantes que se identificam como feministas, e outras que não (Santos, 2018, p. 74).

Santos (2018) mostra como há aquelas bastante céticas em relação ao “sagrado feminino” e que não estão necessariamente em busca de “autoconhecimento”, “redescoberta do corpo” e nem olham para menstruação como algo especial - seja um sinal de saúde, político e/ou sagrado - mas querem apenas “encontrar um método não hormonal mais conveniente, sem atender para questões além da esfera mais prática<sup>36</sup>” (Santos, 2018, p. 75). Além disso, menciona também que há relatos no grupo de substituição da pílula por outros métodos contraceptivos hormonais, como o sistema intrauterino, o implante subcutâneo ou o anel vaginal. Esses relatos causam incômodo em uma das moderadoras, que diz que suas autoras “não param para pensar” que tais métodos não são não-hormonais<sup>37</sup> (Santos, p. 78). A autora então chama a atenção para como a pílula é especialmente estigmatizada e entendida como a contracepção hormonal por excelência, com muitas postagens tratando-as como sinônimos (Santos, 2018, p. 117-118). Tais considerações corroboram a análise de Sanabria (2016), na qual argumenta que a forma de administração, dentre outros aspectos, faz diferença na atuação dos métodos contraceptivos. Para as que optam por outro contraceptivo hormonal ou mesmo por continuar tomando a pílula, a configuração também pode fazer diferença. Virgínia Rodrigues (2020) mostra que, após muitos anos consumindo pílulas diariamente sem saber dos efeitos associados possíveis e as tendo como única ou óbvia opção, é com a reabertura da “caixa-preta” relativa à sua segurança e a consequente divulgação de métodos contraceptivos alternativos que algumas de suas interlocutoras relataram se sentir pela primeira vez fazendo uma “escolha informada”, mesmo quando continuavam a tomá-las (Rodrigues, 2020, p. 77). Ou seja, novas tecnologias de visualização intra-agem nas práticas em torno da pílula não permitindo mais a invisibilização dos efeitos colaterais, dos riscos e das alternativas contraceptivas.

---

<sup>36</sup> Segundo as interlocutoras da minha pesquisa de mestrado, essas mulheres mais pragmáticas quanto à contracepção acabavam não se adaptando aos métodos baseados na percepção da fertilidade. Isso porque, segundo elas, o principal estímulo para o aprendizado - que exigia tempo e dedicação - era a vontade de saber sobre os detalhes da própria saúde através do conhecimento do ciclo menstrual e melhorá-la (Klöppel, 2017, p. 87).

<sup>37</sup> Nesse mesmo sentido, o consumo da “pílula do dia seguinte”, chamada de “bomba hormonal”, embora comum no período de adaptação a um novo método, é visto como sinal de despreparo e falta de autoconhecimento (Santos, 2018, p. 79-80). No Brasil, a anticoncepção de emergência mais vendida é composta apenas de levonorgestrel, progestágeno de segunda geração. A dose, contudo, é maior que a presente na pílula oral combinada (considerando a pílula individualmente e não uma cartela).

Ainda no tocante à mudança para outros contraceptivos hormonais, há também a possibilidade de que o enquadramento da pílula como perigosa não implique necessariamente um aumento da conscientização dos riscos dos métodos contraceptivos hormonais em geral. Como exemplo, destaco um vídeo<sup>38</sup> na plataforma *YouTube* da participante do *Big Brother Brasil 2013* Andressa Ganacin, em seu canal intitulado “Dicas da Dedessa”. Não vem ao caso uma análise minuciosa do vídeo porque não se trata do foco da tese, mas descrevo seus pontos principais na medida em que nenhum dos trabalhos sobre recusa da pílula até então chamou atenção para a possibilidade de que a depreciação pública da pílula poderia favorecer o consumo de outros métodos hormonais sem necessariamente se tratar de uma “decisão” que leva em conta os riscos de cada possibilidade contraceptiva. No vídeo, Andressa diz que tomou pílulas por doze anos e, depois de ter um “problema no útero”, pesquisou (“na internet”) e descobriu que elas realmente “faziam mal”. Foi então a uma médica que a propôs um “método revolucionário” e que confirmou que a pílula fazia “um mal danado”. Lista então sete motivos pelos quais a pílula “é um veneno para o corpo feminino”, que cito de forma resumida: diminui a libido por fazer testosterona cair; causa flacidez, celulite, diminuição de massa magra e aumento da gordura localizada; pode acarretar diversos problemas cardiovasculares; é altamente cancerígena; engana o seu corpo com hormônios sintéticos e produz menstruação falsa; causa trombose e, por fim, pode causar dores de cabeça, alterações bruscas de humor, TPM, depressão, enjôos, mal estar e ansiedade. Finalmente então comenta sua nova escolha contraceptiva, o implante hormonal:

Eu implantei quatro tubinhos, tá? (...) Para ser implantado, você faz uma bateria de exames e esses exames vão dizer o que teu corpo precisa. Se você tá em falta de hormônios, se o teu hormônio tá demais, então é onde a tua doutora, a tua médica, teu médico, enfim, vai fazer um implante específico pra você, o que foi feito pra mim. (...) A dose de hormônio vai direto pra corrente sanguínea, **então ela é bem menor do que um anticoncepcional, e dá todo o efeito**. Sim. Ela tem um efeito para prevenção, né? De gravidez. É um desses quatro que eu implantei. Os outros foram para regular. **Aumentou minha libido, aumentou meu bem estar, vai diminuindo a tua menstruação até o ponto de você também não menstruar mais...** (...) Então pra você que tem algum problema de útero, você pode estar usando implante hormonal que ele vai ajudar a **tratar o seu problema**. Foi o que aconteceu comigo. **As minhas cólicas cessaram, gente**. Vocês têm noção da felicidade de um ser humano de não ter cólica, gente? E a felicidade do Nasser [seu companheiro] de eu não ter uma TPM, cara! Por quê? Regulam os níveis hormonais, acabou o mau humor, gente! (...) Então **não ter TPM e não ter cólica, caramba, gente, isso já é vida. Melhorou muito meu inchaço também**, e como eu disse pra vocês, **também melhora o humor, a disposição, gente!** (...) A única coisa que pode acontecer é o que está acontecendo comigo... Que eu fiz o implante hormonal e tem uma fase de adaptação, então em alguns momentos pode descer um pouquinho de menstruação, mas isso é normal, não

---

<sup>38</sup> O vídeo foi postado em 17 de setembro de 2017 e no momento em que escrevo, há 365.161 visualizações. O canal do *Youtube* em que está disponível tem mais de dois milhões de perfis inscritos. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=z7mqhIOKt70>. Acesso em: 02/02/2021.

desce, não vem mais aquele fluxo gigantesco que vinha antes. **Tônus da pele melhora, cabelo... Tudo melhora, gente! Tudo melhora. Não tem contraindicação.** (...) Mulheres que estão... **De qualquer idade, menopausa, das meninas mais novinhas, mulheres que acabaram de ter bebê e querem um método seguro para não engravidar e não ter problemas.** (...) Cara, é um milagre, tá? Mas pra ser um milagre, não é uma coisa muito barata, amigas. Eu tive que fazer um investimento pra colocar.

Os trabalhos de Daniela Manica e Marina Nucci (2017), Emilia Sanabria (2010; 2016), bem como o de Fabíola Rohden (2018), tratam das especificidades desses implantes hormonais, de suas promessas e controvérsias, que fazem com que sejam performados de maneira diferente da pílula nas vidas das pessoas usuárias<sup>39</sup>. Aqui, gostaria apenas de enfatizar como seus supostos benefícios, promovidos<sup>40</sup> pela *youtuber*, são bastante parecidos com aqueles que as pílulas das “novas gerações” prometem. Ou seja, a rejeição à pílula e sua troca por implantes hormonais não indica necessariamente resistência à biomedicalização (assim como a própria percepção da fertilidade também não indica independência de tal aparato). A busca pela diminuição ou eliminação do fluxo menstrual, pela diminuição das cólicas e da TPM, melhora da pele, do cabelo, do humor, bem-estar, da libido e cura de doenças relacionadas ao útero também estão presentes. O que chama especialmente atenção - principalmente em contraste com as discussões atuais em torno da pílula - é a declaração de ausência de contraindicação e de potenciais efeitos indesejados, reiterando, agora em outra relação, o desconhecimento e a invisibilização em torno dos riscos dos métodos contraceptivos. Ainda que não se trate de um anúncio oficial de médicos ou da indústria farmacêutica, indica o tipo de informação que está circulando e se associando a esses dispositivos. Trago esse exemplo, por fim, para demonstrar a necessidade de termos cuidado com as simplificações em torno das práticas de recusa à pílula, já que são bastante variadas.

Enfim, gostaria de chamar a atenção aqui para essas outras práticas de recusa, que não necessariamente passam por uma valorização da menstruação ou da natureza, seja em sua

---

<sup>39</sup> Chamo atenção aqui para o trabalho de Pound et al (2005), uma revisão dos estudos sobre as práticas de consumo de remédios da forma como são prescritos (ou não) no caso das doenças crônicas. Sua conclusão é que a principal razão pela qual os remédios não são consumidos conforme a prescrição são as preocupações com os efeitos dos próprios remédios, com os usuários tendo recorrentemente a preferência por tomar a menor quantidade possível. Em uma comparação com as pílulas anticoncepcionais, é possível supor que, por se tratarem de medicamentos que não têm como principal função tratar doenças, ficam ainda mais suscetíveis à relutância em tomá-las. Além disso, é necessário sublinhar que os remédios que devem ser engolidos com frequência - o caso da maior parte dos remédios para doenças crônicas e das pílulas contraceptivas - ficam especialmente sujeitos à desconfiança. O trabalho de Fabíola Rohden (2018) mostra um exemplo no qual uma mulher que associa as pílulas anticoncepcionais pejorativamente a uma forma de remédio ao mesmo tempo em que consome entusiasmadamente implantes hormonais, não associando os últimos a “remédios”, embora tivessem composição muito similar (Rohden, 2018, p. 214-217).

<sup>40</sup> Apenas a partir do vídeo, não é possível saber se se trata de publicidade paga ou não. Embora ela cite o nome da médica que a indicou os implantes, não é uma propaganda explícita, já que não há indicação do contato.

associação à saúde, à política ou à espiritualidade. Além disso, enfatizar também que, além de haver recusas à pílula não associadas a uma busca por uma “menstruação natural”, há também aquelas que passam a desconfiar da pílula sem rejeitar recursos hormonais em geral ou mesmo sem rejeitar as próprias pílulas. De forma geral, no entanto, a pílula é considerada, nessa configuração, como mais danosa à saúde que os hormônios em geral. E por isso é ela que é especialmente objeto dessa tese.

A fim de diferenciar essas práticas de recusa à pílula que não passam por uma busca por uma “vida mais natural”, por autoconhecimento corporal ou por um engajamento com o ciclo menstrual, resolvi nomeá-la de “recusa pragmática”<sup>41</sup>. Àquelas outras associadas à percepção da fertilidade (em sua versão científica) e/ou ao sagrado feminino (em sua versão espiritual), sejam mais ou menos politizadas, mas também a outras formas de valorização da natureza e do ciclo menstrual, dei o nome de “recusa centrada na natureza menstrual”. É evidente que se trata de uma simplificação e que há casos que não se encaixam facilmente em nenhuma das categorias de forma exclusiva, bem como há várias divisões possíveis dentro de cada uma delas. Contudo, a tipologia produzida por esse corte agencial ajuda na formulação do problema que a pesquisa busca responder e a utilizo para justificar as controvérsias que escolhi priorizar na tese.

Enfatizo a recusa pragmática como ponto de partida, primeiro, porque os trabalhos que até então abordaram a recusa às pílulas anticoncepcionais acabaram dando prioridade, na análise, para a recusa centrada na natureza menstrual, ainda que os dados etnográficos apontassem também para outras práticas (Klöppel, 2017; Santos, 2018; Rodrigues, 2020). Talvez por estar vinculada a práticas de conduta que desafiam os autoritarismos médicos e que direta ou indiretamente estão ligadas a demandas históricas dos estudos feministas. Embora não seja o objetivo da tese analisar a recusa pragmática, é necessário chamar a atenção para sua existência na medida em que, ao tratar das respostas de ginecologistas às recusas da pílula, levo em consideração que não se trata de recusas circunscritas a um tipo de público específico - aquele associado à recusa centrada na natureza menstrual.

Embora tenhamos dado mais atenção a elas em nossas análises, não são apenas feministas ou aquelas predispostas a desafiar a autoridade médica que passaram a questionar o protocolo que estabelece o uso da pílula anticoncepcional como a primeira opção, ou mesmo a única, seja para fins contraceptivos ou relacionados aos cuidados da pele e cabelo, controle de

---

<sup>41</sup> Segundo as interlocutoras da minha pesquisa de mestrado, essas mulheres mais pragmáticas quanto à contracepção acabavam não se adaptando aos métodos baseados na percepção da fertilidade. Isso porque, segundo elas, o principal estímulo para o aprendizado - que exigia tempo e dedicação - era a vontade de saber sobre os detalhes da própria saúde através do conhecimento do ciclo menstrual e melhorá-la (Klöppel, 2017, p. 87).

cólicas, sangramentos, TPM, dentre outros. A pluralidade de usuárias que passa a se questionar sobre a segurança do dispositivo vai além desse grupo, alcançando muitas que acessam notícias sobre o tema em diferentes mídias. Ainda que acabem decidindo continuar o uso por acharem a melhor opção ou por confiarem plenamente em seus médicos, a pergunta foi recolocada e outras práticas discursivo-materiais sobre a pílula apareceram.

Assim, fica evidente que, para uma parcela da população que até poucos anos consumia a pílula sem grandes preocupações com sua segurança, algo mudou. E essas mulheres, em geral de classes médias urbanas e escolarizadas, são justamente o alvo preferencial das propagandas que vendem a pílula como “droga de estilo de vida” (Nucci, 2012), com diferentes promessas de benefícios e correlata invisibilização dos riscos e efeitos colaterais. Depois de viver muitos anos associando as pílulas, por um lado, à liberdade, ao aprimoramento, à modernidade e à feminilidade e, por outro, à alta eficácia e segurança, um novo enfoque foi produzido pelas denúncias nas diferentes mídias: as mesmas pílulas poderiam também piorar sua “qualidade de vida” e levá-las a doenças graves. Essa “descoberta” - ainda que tais efeitos estivessem em sua maioria listados nas bulas das pílulas - foi possivelmente mais assustadora para elas (ou melhor, nós) que para a geração dos anos 1960 estudada por Joana Maria Pedro (2010), que tomava pílulas, sofria com seus efeitos colaterais, mas tinha consciência desses efeitos e riscos porque eram comentados com frequência na mídia, principalmente depois de 1968<sup>42</sup>.

Apesar de essa variedade nas recusas não serem o objeto da tese, a revisão acima é importante porque mostra algumas das consequências da reabertura da “caixa-preta” da segurança da pílula anticoncepcional e serve como ponto de partida para a pergunta que busco responder neste trabalho. Chamando a atenção para a recusa pragmática, justifico também a ênfase que dou ao risco aumentado de trombose, já que se trata do risco mais grave e mais visibilizado na mídia, e que é citado nas mais diferentes formas de recusa à pílula anticoncepcional. Tal risco será contrastado, ao longo da tese, com os chamados benefícios, seguindo as práticas discursivo-materiais relativas à segurança da pílula que também encontrei em campo. Assim, levando em consideração os aparatos da própria pesquisa, da biomedicalização e do gênero, bem como as intra-ações que os atualizam e os reformulam, busco descrever a produção da segurança da pílula anticoncepcional no circuito da ginecologia hegemônica brasileira. Para isso, tomo como ponto de partida a atuação das associações de ginecologia frente às desconfiâncias em torno do risco de trombose das pílulas orais combinadas,

---

<sup>42</sup> Na memória das mulheres entrevistadas por Pedro (2010), a “pílula é pensada como algo necessário para definir uma família de menor porte e, ao mesmo tempo, um perigo constante para a saúde” (Pedro, 2010, p. 154).

buscando compreender também como contribuem para materialização do sexo/gênero, sexualidade e da própria ginecologia em sua relação com a biomedicalização. Da mesma forma, busco colaborar assim com o objetivo mais geral de entender as especificidades das atuais controvérsias frente a controvérsias passadas em torno da pílula anticoncepcional. Em que as práticas atuais diferem e em que se assemelham às práticas daquele momento?

Não se trata, contudo, de dar conta de todos os aspectos dessas controvérsias, nem de buscar respostas totalizantes. Além dos cortes agenciais acima citados, há as limitações do meu próprio campo de pesquisa, que seguem apenas algumas das práticas associadas à ginecologia brasileira. Primeiro, tomo como ponto de partida as ações da Febrasgo<sup>43</sup> e, a partir daí, dedico-me a pensar a produção de conhecimento nesse plano que está entre o que o médico Ludwik Fleck chamou, na década de 1930, de “círculos esotéricos” e “círculos exotéricos”. Por “círculos esotéricos”, Fleck (2010) se referia àqueles que estariam diretamente ligados à produção de conhecimento especializado, dividindo-se em seu interior entre a “ciência dos periódicos” e a “ciência dos manuais”. Já o “círculo exotérico” faz referência à “ciência popular”, que têm a ver, segundo o autor, com os “leigos mais ou menos instruídos”, dos não especialistas. Sobre esse saber “exotérico”, Fleck (2010) afirma:

Uma das características da apresentação popular é a **ausência de detalhes e principalmente de polêmicas, de modo que se consegue uma simplificação artificial**. Além disso, há a **execução esteticamente agradável, viva e ilustrativa**. E, finalmente, a **avaliação apodítica, a simples aprovação ou reprovação de determinados pontos de vista**. A ciência simplificada, ilustrativa e apodítica – estas são as marcas mais importantes do saber exotérico. (...) **O auge, o objetivo do saber popular, é a visão de mundo, uma formação peculiar que tem suas origens numa seleção emotiva de um saber popular de diversas áreas** (Fleck, 2010, p. 166, grifos meus).

O autor entende que esse tipo de saber estabelece um “pano de fundo que determina os traços gerais” do “estilo de pensamento” de um “coletivo de pensamento” (Fleck, 2010, p. 166). Esses dois conceitos são bastante importantes para Fleck: enquanto “coletivo de pensamento” faz referência a uma comunidade de pessoas que se relacionam, trocam práticas e dão suporte

---

<sup>43</sup> Na página de apresentação institucional do sítio da Federação, lê-se que foi fundada em 1959 e tem como objetivo “promover, apoiar e zelar pelo aperfeiçoamento técnico, científico e pelos aspectos éticos do exercício profissional de ginecologistas e obstetras, pautados pelo total respeito à saúde e bem-estar da mulher.” Lê-se, ainda, que seu “propósito” é “Organizar e divulgar conhecimento em ginecologia e obstetrícia, para qualificar a atenção à saúde da mulher”, sua “missão” é “Atuar no âmbito científico e profissional, congregando e representando os ginecologistas e obstetras brasileiros, promovendo educação e atualização através de informações confiáveis e diretrizes, valorizando a saúde da mulher”, sua “visão” é “Consolidar-se como referência científica e profissional no âmbito da saúde da mulher” e seus “valores” são “Ética, Excelência, Credibilidade, Inovação, Transparência, Representatividade, Conhecimento, Respeito”. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/institucional/a-febrasgo#>>. Acesso em 20/01/2021. Desde sua fundação, a Febrasgo teve 17 presidentes, todos homens. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/institucional/galeria-dos-presidentes>>. Acesso em 20/01/2021.

a um campo de conhecimento mais ou menos delimitado, o “estilo de pensamento” é uma disposição intelectual que se adquire via aprendizado nesse coletivo, e que está ligado a formas específicas de compreensão e ação (Fleck, 2010, p. 81-95). É assim que Fleck (2010) entende, portanto, a correlação entre saber esotérico e exotérico:

a partir do saber especializado (esotérico), surge o saber popular (exotérico). Este se apresenta, graças à simplificação, ao seu caráter ilustrativo e apodítico, de uma forma segura, mais bem acabada e sólida. O saber popular forma a opinião pública específica e a visão de mundo, surtindo, dessa forma, um efeito retroativo no especialista. (Fleck, 2010, p. 166)

Trata-se, portanto, de conceitos relacionais e não de uma delimitação evidente entre o que é exotérico e o que é esotérico. São gradações contínuas que se dão nessas interações, o que fica explícito quando o autor distingue a “ciência dos periódicos” e a “ciência dos manuais” que, em princípio, seriam ambas da ordem do plano esotérico. Haveria um afastamento do centro esotérico em direção à periferia exotérica da primeira em relação à segunda, indo de uma provisoriedade, incerteza e pessoalidade até uma segurança e um fechamento presente nos manuais. Sobre a relação entre essas duas ciências, o autor escreve:

O manual, portanto, não nasce simplesmente da soma ou da seriação de trabalhos isolados em periódicos – a primeira é impossível porque esses trabalhos muitas vezes se contradizem, e a última também não levaria a um sistema fechado, que é o objetivo da ciência dos manuais. **Um manual nasce de trabalhos isolados como o mosaico nasce de muitas pedrinhas coloridas: por meio de seleção e composição ordenada. O plano, que determina a seleção e a composição, fornece então as diretrizes para a pesquisa posterior: decide o que deve ser considerado como conceito fundamental, quais métodos são chamados louváveis, quais os rumos que são apresentados como prometedores, quais os pesquisadores que merecem uma posição de destaque e quais deles simplesmente cairão no esquecimento.** Tal plano é formado no tráfego esotérico do pensamento, isto é, na discussão entre os especialistas, mediante entendimento e desentendimento recíproco, mediante concessões mútuas e pressões recíprocas que se polarizam em posturas obstinadas. **Quando há dois pensamentos em conflito, recorre-se a todas as forças da demagogia. E quase sempre é um terceiro pensamento que vence: um pensamento tecido do conjunto de pensamentos exotéricos, alheios ao coletivo e conflituosos.** (Fleck, 2010, p. 173-174, grifos meus)

Esse arranjo composto pelo autor me inspira a tomar como ponto de partida não as práticas de pesquisa em ginecologia, tampouco suas práticas clínicas, mas um âmbito no qual circulam rastros de ambas, que aproximo aqui da “ciência dos manuais”. Em meu trabalho de campo, esse âmbito diz respeito a congressos de ginecologia, aulas abertas nas universidades e *online*, manuais, recomendações, campanhas para o público leigo e entrevistas dadas a reportagens sobre o tema. Trata-se da produção do círculo esotérico, mas atuando de forma já mais próxima aos círculos exotéricos, atuando nessa tradução.

Mais especificamente, minha pesquisa de campo teve início em 2017 e continuou até 2021. Durante esse tempo, participei, de forma presencial ou virtualmente, de quatro congressos de ginecologia: um nacional realizado em Belém no Pará, três do estado de São Paulo e um do Rio Grande do Sul. Participei ainda de um congresso nacional da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais. Além disso, acompanhei durante esse período as notícias que diziam respeito às controvérsias em relação à contracepção no país, bem como o sítio da Febrasgo - no qual eram publicados documentos, orientações e notícias relativas à temática -, da Anvisa, que também lançou notas a respeito, e da campanha “Vamos Decidir Juntos - Contracepção Consciente”. Em alguns casos, também utilizei do mecanismo de busca desses sítios a fim de buscar documentos e notas publicadas antes de 2017.

Ademais, depois de ter participado já de alguns desses congressos e ter entendido quem seriam as principais referências na temática da contracepção conforme as associações brasileiras de ginecologia pesquisadas, busquei outras apresentações disponíveis virtualmente, falas públicas e entrei em contato para a realização de entrevistas. Contatei oito ginecologistas, sendo seis deles reconhecidos como especialistas em contracepção pela Febrasgo. Desses seis, quatro me responderam inicialmente, mas apenas duas ginecologistas me concederam entrevistas de fato. Os outros dois ginecologistas entrevistados são próximos da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul (Sogirgs), mas não tinham como especialidade a contracepção, embora tenham sido chamados a falar publicamente sobre o tema. Todas as entrevistas foram semiestruturadas, sendo uma realizada virtualmente após o início da pandemia e as outras três realizadas presencialmente.

Por fim, acompanhei ainda, para fins de contraste com a ginecologia hegemônica, outros dois eventos. Estive presencialmente em uma palestra de Halana Faria, reconhecida como ginecologista feminista e integrante do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, em uma mesa sobre contracepção na Semana Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2018. Além disso, trabalhei com a transcrição da audiência pública realizada em junho de 2015 pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, que debateu a prescrição e os efeitos decorrentes do uso de anticoncepcionais hormonais e teve a presença de representantes do coletivo “Vítimas de Anticoncepcionais - Unidas a Favor da Vida”, da Anvisa, do Conselho Federal de Medicina, da Secretaria de Políticas para as Mulheres e do Ministério da Saúde.

Assim, busco descrever ao longo deste trabalho os rastros da “seleção e composição ordenada” dos trabalhos dos periódicos, da decisão sobre “o que deve ser considerado como



conceito fundamental”, sobre os métodos que serão “chamados louváveis”, sobre os rumos vistos como “prometedores”, dentre outros, na tradução realizadas de círculos esotéricos a círculos mais exotéricos. Entendo as práticas dessa “ciência dos manuais” como práticas de conhecimento que constituem as pílulas anticoncepcionais a partir de suas tecnologias semiótico-materiais. Ao fazê-lo, intra-agem e *fazem diferença* nos aparatos de biomedicalização, gênero e desta pesquisa, ainda que de forma provisória, dependente de outras relações e aberta a outras possibilidades.

Quanto aos procedimentos de identificação dos interlocutores desta pesquisa, optei por utilizar pseudônimos para me referir aos ginecologistas em suas apresentações nos congressos, fossem elas presenciais ou virtuais. Isso porque, embora sejam, em tese, públicos, são eventos que não são disponibilizados abertamente, exigindo uma taxa financeira significativa para seu ingresso. Como não consegui conversar individualmente com cada ginecologista a que me refiro neste trabalho, achei eticamente mais responsável fazer o uso de pseudônimos. Por outro lado, quando se tratava de artigos, documentos, notícias e aulas disponíveis publicamente, utilizei os nomes dos envolvidos da mesma forma que constavam nos materiais referenciados. Além disso, o nome da ginecologista Halana Faria foi mantido a partir de sua anuência.

Este trabalho está dividido em cinco capítulos, além desta introdução e uma parte final onde apresentarei de forma resumida as suas principais conclusões. No primeiro capítulo, demonstro como algumas associações da pílula à liberdade e a direitos influenciam na materialização de sua segurança, ao mesmo tempo em que excluem de seu enquadramento histórico outras que foram indispensáveis para sua viabilização. A fim de tornar visíveis tais exclusões, também retomo a história das pílulas anticoncepcionais e da ginecologia, o que também ajuda a dar uma perspectiva histórica a fim de percebermos especificidades das atuais controvérsias em torno do medicamento.

No segundo capítulo, descrevo práticas de enquadramento da pílula que enfatizam uma história evolutiva de sua segurança. Nesse sentido, abro a “caixa-preta” da segurança da pílula e suas diversas formas, buscando compreender diferenciações entre as diferentes gerações do dispositivo, principalmente em relação ao risco de trombose. Já no terceiro capítulo, abordo práticas de caracterização do “risco real” de trombose associado às pílulas combinadas, performados em contraste com o que são considerados “exageros” por parte da imprensa e das mídias sociais. Busco, assim, demonstrar quais relações são incluídas e excluídas na delimitação do que é um risco significativo em três diferentes “círculos” de práticas ginecológicas, indo do mais próximo à Febrasgo a outro mais próximo da ginecologia feminista.

No quarto capítulo, abordo outro aspecto relacionado ao que se performa como risco no uso de contracepção: a comparação com os riscos de uma gravidez não planejada. Com ênfase em um “círculo” da Febrasgo mais ligado aos serviços de saúde pública, descrevo uma configuração na qual se reconhece que as pílulas nem sempre são a melhor opção contraceptiva, mas é a sua eficácia, e não sua segurança, que é relativizada. Nesse quadro, a alternativa apresentada como ideal para aquelas que são alvo de políticas públicas, principalmente as tidas como “vulneráveis”, são os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs). Por fim, no quinto capítulo, descrevo os enquadramentos dos efeitos colaterais das pílulas que são considerados “menores” e “temporários”, as interferências nos padrões de sangramento menstrual e a promoção dos “benefícios extracontraceptivos” nas suas diferentes formulações.

## CAPÍTULO 1 - A pílula anticoncepcional entre o controle e a liberdade

### 1.1 Pílula: revolução e liberdade?

**Com o objetivo de potencializar a liberdade das mulheres**, a pílula anticoncepcional foi desenvolvida na década de 1950, nos Estados Unidos, por um grupo de profissionais que tinha o **seguinte propósito: encontrar um método científico de controle da natalidade em que mulheres pudessem fazer sexo sem necessariamente engravidar**. A enfermeira e ativista Margaret Sanger liderou a iniciativa. Juntaram-se a ela o cientista Gregory Pincus, o ginecologista John Rock e a bióloga Katharine McCormick que, **movida pela causa feminista**, financiou com a fortuna pessoal as pesquisas para criar o sonhado medicamento. Após anos de trabalho, resistência às pressões morais e polêmicas sociais, a pílula anticoncepcional foi aprovada em 1960 pela agência reguladora norte-americana, FDA (Food and Drug Administration). Anos mais tarde passou a ser legalmente comercializada. **Batizada como mãe da revolução sexual, a pílula marcou definitivamente a trajetória feminina na luta pelos seus direitos**. Ao longo das últimas décadas, **a comunidade científica e a indústria farmacêutica vêm investindo no aprimoramento do medicamento a fim de aumentar a segurança e reduzir os efeitos colaterais** (VDJ, 2021, grifos meus).

O trecho acima foi retirado do sítio da campanha “Vamos Decidir Juntos - Contracepção Consciente”, realizada em parceria entre Febrasgo e a Libbs Farmacêutica, na página dedicada especificamente às pílulas anticoncepcionais. Trata-se de um texto que busca resumir a história do dispositivo. Chama a atenção, sobretudo, a ênfase que tal resumo dá à “liberdade das mulheres” como objetivo do desenvolvimento das pílulas, sendo essa liberdade associada à possibilidade de “fazer sexo sem necessariamente engravidar”. Ainda faz referência à pílula como “mãe da revolução sexual” e a descreve como um marco na luta das mulheres por seus direitos. Assim, a liberdade aparece tanto como um efeito das pílulas quanto como o objetivo de seu desenvolvimento.

Enquadramentos similares também aparecem com frequência em reportagens recentes sobre a pílula, que comumente tratam do abandono dela por parte das mulheres. Nelas, muitas vezes o medicamento é descrito como promotor de uma “revolução”, seja sexual (Carta Capital, 2016) ou no “comportamento” (Brandalise e Amaral, 2017). Aparece também como “símbolo da liberdade sexual” (Miranda, 2017; Martins, 2018; Dantas, 2018), como responsável pelas mulheres, “pela primeira vez”, terem acesso ao “planejamento familiar” (Pains, 2019), aumentarem “sua participação na vida profissional fora do lar” (Armas, 2019) e transformarem o “pensamento sobre sexo” ao fazê-lo deixar “de ser tratado apenas como reprodução” (Lisboa, 2017). Em uma das reportagens, apresenta-se também a pílula como “fruto de reivindicações feministas” (Pains, 2019).

Dentre ginecologistas, essas associações também se repetem nos congressos da Febrasgo, da Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo (Sogesp) e da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul (Sogirgs) que acompanhei. E até mesmo para Halana Faria, feminista crítica à prescrição excessiva da pílula anticoncepcional, a pílula é vinculada à revolução. A ginecologista foi convidada a dar uma palestra na Semana Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, organizada pelos estudantes de medicina no dia 19 de agosto de 2018. Participando da mesa “Saúde das Mulheres: fronteiras e desafios”, ela abordou o tema solicitado pela organização do evento: as razões pelas quais as mulheres estariam deixando de utilizar contraceptivos hormonais.

Logo no início de sua palestra, ao introduzir a temática, ela aponta que - apesar de ser “mais uma das histórias macabras da ginecologia” - a pílula foi uma “revolução” por tornar possível a separação “entre sexualidade heterossexual e a reprodução”. Destoa, contudo, dos ginecologistas da Febrasgo, bem como dos documentos e sítios a ela associados, nos quais não há nenhuma ressalva à conquista revolucionária que as pílulas teriam representado nem especificação da orientação da sexualidade em questão. Tal ressalva, na apresentação de Halana, é explicada com breves referências às “doses altíssimas de hormônio” e às “mulheres sendo usadas como cobaias em Porto Rico”. Enfatiza ainda que esse teria sido apenas um dos capítulos da ginecologia, que teria uma “história de tragédia, de utilização dos corpos das mulheres como se fossem mesmo uma mercadoria, uma coisa descartável”. Por fim, depois de reafirmar que foi uma “revolução, apesar dos pesares”, pontua que nunca houve, no entanto, “muitas possibilidades de se discutir outras opções de contracepção” e seria essa a razão pela qual “as mulheres têm sentido e se ressentido”, referindo-se às recusas às pílulas. Assim, embora haja associação entre pílula e revolução, não há um enquadramento da pílula como ligada à liberdade e aos direitos das mulheres. Pelo contrário, sua história é apresentada como vinculada ao uso das mulheres como “mercadoria”, “coisa descartável” e “cobaias”.

Tendo em vista esse quadro, os objetivos do presente capítulo estão relacionados à questão que esta tese busca responder, qual seja, como se dá a produção da pílula anticoncepcional e de sua segurança no circuito hegemônico da ginecologia frente às práticas de recusa referidas na introdução deste trabalho. Além disso, trata-se de descrever como as práticas discursivo-materiais reconfiguram as pílulas e como tais reconfigurações atualizam e/ou reformulam sexo/gênero, sexualidade e a própria ginecologia em sua relação com a biomedicalização.

Ao descrever neste capítulo as associações recorrentes da pílula à “liberdade”, “direitos” e à “revolução”, seja como seu efeito ou causa, evidencio um enquadramento específico da história da pílula anticoncepcional nas práticas médicas, farmacêuticas e midiáticas em torno da ginecologia. Tal ênfase na pílula como objeto “revolucionário” e responsável pela “liberdade” e “direitos” das mulheres aparece nessa dinâmica de resposta às recusas, como é o caso, sobretudo, da campanha “Vamos Decidir Juntos - Contracepção Consciente”. Argumento que se trata de uma prática de defesa da pílula que contribui para a materialização de sua segurança. Em um quadro no qual a segurança é avaliada em termos de sopesamento de riscos e benefícios, evidenciarei como tais associações tendem a enfatizar alguns supostos benefícios da pílula e a invisibilizar ou minimizar alguns de seus riscos. Por outro lado, como contraste, trago a atuação da ginecologista feminista Halana Faria, que não participa do mesmo circuito em torno da Febrasgo. Embora também associe a pílula à revolução, sua história é ligada à subjugação das mulheres. Nesse sentido, portanto, a história da pílula aparece de maneira mais controversa em termos de seus riscos e benefícios às mulheres.

Para iluminar as inclusões e exclusões que tais enquadramentos operam em termos de sexo/gênero, sexualidade e da própria ginecologia, contrastá-los-ei, neste capítulo, com outro que acrescenta mais elementos sobre a história da ginecologia, do controle de natalidade/contracepção e da pílula anticoncepcional, bem como das relações de gênero, sexualidade, raça e nação a ela imbricadas. Trata-se de localizar histórica e espacialmente relações que produziram e mobilizaram a “reprodução” enquanto figura material-semiótica particular, antes e depois das pílulas. Assim, este capítulo contribui com o objetivo da tese ao descrever algumas práticas discursivo-materiais da ginecologia em relação aos riscos e benefícios da pílula e ao dar visibilidade às inclusões e exclusões que esses enquadramentos produzem no tocante ao aparato de gênero e de biomedicalização.

Já em um sentido mais geral, o objetivo da tese também é contribuir para o entendimento de parte das especificidades das atuais controvérsias em torno da segurança da pílula anticoncepcional, contrastando-a com as controvérsias ocorridas nas décadas de 1960 e 1970, nas quais alguns grupos também se engajaram na recusa aos contraceptivos orais e associações médicas responderam. Em que as práticas atuais diferem e em que se assemelham às práticas daquele momento? O que se modificou e o que permanece nas intra-ações entre ginecologia, contracepção e pílula?

Nesse sentido, este capítulo serve também como referência para esse contraste ao longo da tese, na medida que aborda os contornos das configurações em torno das controvérsias

passadas. Trata-se também de realizar, especificamente, esse contraste no tocante ao enquadramento da pílula como associada aos direitos e à liberdade das mulheres, comparando-o com os enquadramentos de outros períodos históricos, principalmente quando dos momentos mais controversos. A reprodução sempre teve como seu lugar por excelência o corpo individual, principalmente o tido como feminino? A pílula foi sempre associada prioritariamente ao rompimento da suposta relação necessária entre práticas sexuais e reprodução para as mulheres? Por que a história desse rompimento (descrito como “revolução”) é apresentada em termos de conquista de “liberdade” e “direitos” das mulheres no âmbito “oficial” da ginecologia? Por que é apresentado em termos de subjugação das mulheres no circuito da ginecologia feminista?

## **1.2. O Controle de Natalidade no Século XIX**

Início com algumas mudanças que tiveram início no século XVIII e se consolidaram na virada do século XIX para o XX que possibilitaram que a “reprodução” se materializasse e circulasse de uma forma bastante particular e, com ela, a ginecologia e suas relações constitutivas. Levando-se em conta as relações coloniais e pós-coloniais com o Brasil, começo enfocando a Europa, continente de maior peso político e científico à época.

Conforme Michel Foucault (2017), a “população” como um problema econômico e político surgiu no século XVIII. Segundo o autor, a especificidade desse termo, diferente de “povo” ou “sujeitos”, tem a ver com fenômenos que passam a ser contabilizados, analisados e sujeitos a interferências: “é necessário analisar a taxa de natalidade, a idade do casamento, os nascimentos legítimos e ilegítimos, a precocidade e a frequência das relações sexuais, a maneira de torná-las fecunda ou estéreis, o efeito do celibato ou das interdições, a incidência das práticas contraceptivas” (Foucault, 2017, p. 29). No centro desse novo “problema”, estaria a conduta sexual, cada vez mais analisada e alvo de intervenções. As regulações, que na época mercantilista visavam sempre ao aumento populacional, passavam a variar de acordo com objetivos e grupos específicos, às vezes na direção natalista, às vezes na direção antinatalista. Foucault defende que se trata da primeira vez em que a sexualidade das pessoas passa a ocupar lugar tão importante nas práticas de governo, ao ponto de passar a haver “campanhas sistemáticas que, à margem dos meios tradicionais — exortações morais e religiosas, medidas fiscais — tentam fazer do comportamento sexual dos casais uma conduta econômica e política deliberada” (Foucault, 2017, p. 29-30).

Atravessadas também pelos racismos da época, tornam-se objeto de disputa pública intensa, estimulando a proliferação de saberes e discursos que incentivam não apenas a

regulação por parte do Estado, mas também que cada um, individualmente, seja hábil em administrar suas próprias práticas sexuais (Foucault, 2017, p. 28-30). Foucault argumenta ainda que essa gestão cada vez mais detalhada da vida, a qual ele chamou de biopolítica, tomava o “sexo” como central porquanto ligava “corpos” e “população”. O autor sublinha quatro estratégias pelas quais essa biopolítica teria avançado no século XIX e as quais associa a um “dispositivo de sexualidade”, que poderíamos traduzir aqui nos termos que temos usado como um aparato semiótico-material. São composições de técnicas disciplinares e procedimentos reguladores que Foucault divide em quatro: a sexualização da criança, a histerização das mulheres, o controle de natalidade e a psiquiatrização das perversões.

As duas primeiras - a sexualização da criança e a histerização das mulheres - estariam apoiadas, segundo o autor, em exigências de regulação em torno da questão “da espécie, da descendência, da saúde coletiva” a fim de alcançar “efeitos ao nível da disciplina”. A “sexualidade precoce” das crianças, nesse sentido, foi apresentada “como ameaça epidêmica” que comprometeria “não somente a saúde futura dos adultos, mas o futuro da sociedade e de toda a espécie”. Ou seja, associava-se uma campanha pela “saúde da raça” à disciplinarização das crianças. A histerização das mulheres, por sua vez, conectou a responsabilização delas pela “saúde de seus filhos”, pela “solidez da instituição familiar” e pela “salvação da sociedade” à medicalização detalhada de seus corpos. Já no caso do controle de natalidade e da psiquiatrização das perversões, o movimento teria sido inverso: “a intervenção era de natureza reguladora, mas devia apoiar-se na exigência de disciplinas e adestramentos individuais” (Foucault, 2017, p. 158-159).

Há algo ainda que perpassa todas essas estratégias e que merece mais ênfase por ser não apenas consequência mas um fator que se coconstitui junto delas: a racialização. Ainda que o racismo não tenha iniciado nessa época, suas formas estatais e científicas respondiam às ansiedades específicas desse momento histórico, marcados pelo colonialismo. Ann Laura Stoler (1995) chama a atenção para como nenhuma dessas figuras citadas por Foucault existiu sem um contraponto racializado, como “selvagem”, o “primitivo”, o “colonizado”. Tais contrapontos, segundo a autora, serviriam para “fortalecer a sociedade burguesa da Europa e para sublinhar o que pode acontecer com ela em caso de declínio moral” (Stoler, 1995, p. 6-7, tradução minha). A autora argumenta ainda que, na abordagem resumida que Foucault faz desses processos, os elementos cruciais de gênero, colonialismo e racismo acabam ficando relegados a segundo plano e um vínculo mais explícito entre racismo e sexualidade acaba ficando de fora. Ela sublinha, portanto, que os discursos imperiais que conectavam tais figuras

à “sobrevivência racial” e faziam da criação de filhos “um dever imperial e de classe”, colocando “as mulheres brancas como portadoras de uma ordem imperial racista e guardiãs de seus homens imorais movidos pelo desejo” (Stoler, 1995, p. 35, tradução minha). Essas considerações interessam aqui na medida em que elas estão conectadas à história da ginecologia e do controle de natalidade/contracepção.

Um dos trabalhos mais historicamente abrangentes sobre controle de natalidade é o de Angus McLaren (1990). Cobrindo um período que vai da Grécia antiga até as sociedades europeias contemporâneas, o autor se utiliza de dados históricos para fundamentar e ilustrar seu argumento de que o controle da fertilidade é uma prática situada que não pode ser reduzida ao aspecto técnico. Lembrando que houve adoção de formas de controle da fertilidade em todas as sociedades ocidentais, ou ao menos por alguns de seus grupos sociais, o autor enfatiza que seu uso, sentido e eficácia sempre dependeram de circunstâncias e motivações particulares.

Além disso, aponta para como tais dinâmicas não se desenvolveram na forma de um crescimento linear: as práticas de controle de fertilidade ora apareciam, ora desapareciam, estando vinculadas a maiores ou menores incentivos ao aumento da prole que, por sua vez, são influenciadas por critérios bastante diversos. Dessa maneira, o autor desafia a ideia de que há controle da fertilidade eficaz nas “sociedades racionais e modernas” em contraposição a práticas ineficazes nas sociedades ditas “primitivas”. Com isso, não desconsidera a importância de algumas mudanças, mas sublinha que nem sempre se deram em uma mesma direção e que mesmo hoje não se trata de uma questão “resolvida” ou que se dá sem conflitos entre interesses diversos na configuração da fertilidade (McLaren, 1990).

Quanto à história mais recente do Ocidente, o século XIX é certamente um marco. McLaren (1990) escreve que a história do movimento em defesa do controle de natalidade geralmente é contada como sendo iniciada no final do século XVIII na França, quando houve publicações sobre as práticas e defesas públicas delas. O filósofo Condorcet foi um importante expoente do movimento à época, vinculando a limitação “artificial” da reprodução ao combate à miséria, mas não foi o único. Ao longo do século XIX, ainda que condenadas publicamente pela Igreja, medicina e Estado, se espalhou pela Europa e América. Os defensores do controle de natalidade ficariam conhecidos naquele momento como “neomalthusianos” (McLaren, 1990, p. 212).

A associação a Thomas Malthus - que era contrário à contracepção na forma que a entendemos hoje - está relacionada ao seu “Ensaio sobre a população”, de 1798, que chamava atenção para os possíveis impactos negativos do aumento da população. Seu argumento, radical



em uma época na qual se acreditava que o aumento da população era algo que levava sempre à prosperidade, era o de que a população crescia em uma velocidade maior que os recursos dos quais dependia para sobreviver. Como solução, sugeria que as classes baixas adiassem seus matrimônios ou praticassem continência sexual, formas comuns de controle de natalidade à época (McLaren, 1990, pp. 212-213). Segundo Joana Maria Pedro (2010), o livro tinha como alvo a “Lei dos Pobres”, que regulava a assistência aos pobres na Inglaterra que, em grande parte, eram camponeses expulsos da área rural. Para Malthus, a pobreza tinha como causa a grande quantidade de filhos, o que, por sua vez, decorria da incapacidade moral das pessoas pobres de praticar a continência sexual (Pedro, 2010, p. 142-143). Segundo McLaren ainda, a mensagem foi bem recebida pelas elites, que dela entenderam que nada poderiam fazer em relação à pobreza, já que sem uma ação das próprias pessoas pobres, a caridade pouco adiantaria (McLaren, 1990, p. 212-213).

Dessa forma, Malthus teria tornado as decisões reprodutivas um tema legítimo de debate público e inspirado os defensores do controle de natalidade do século XIX, que então a ofereciam como uma possível solução para a miséria crescente pós revolução industrial. É importante pontuar que, nesse momento, não se tratava de liberdade individual; pelo contrário, os perigos da falta de controle de natalidade eram enquadrados como “explosão populacional”, a pobreza e sua promiscuidade, problemas tidos como sociais. Diferente de Malthus, no entanto, os neomalthusianos defendiam também formas de controle da fecundidade que separavam sexualidade da procriação. Apesar de não se tornar um pensamento hegemônico naquele momento e ser muitas vezes considerado imoral, adquire progressiva visibilidade e, ao fim do século, contraceptivos como preservativos, pessários, diafragmas e seringas, além de abortivos, são vendidos em lojas, em farmácias e por ambulantes. Ademais, havia um grande número de publicações em circulação sobre o tema e a Liga Malthusiana para fins de divulgação dessas ideias é fundada em 1877 (McLaren, 1990, p. 213).

Apesar dessas inovações, McLaren (1990) argumenta que a mudança fundamental não foi tecnológica. Segundo o autor, apenas 16% dos casais ingleses, por exemplo, utilizavam algum tipo de contraceptivo mecânico antes de 1910, e mesmo em lugares na Europa onde não havia dispositivos anticoncepcionais disponíveis, a taxa de natalidade diminuiu. A maior parte das pessoas continuava utilizando formas de controle de natalidade que não eram específicas daquele século: abstinência, coito interrompido, adiamento do matrimônio, prolongamento da lactação. McLaren atribui, portanto, a queda da fecundidade de forma mais enfática à motivação

dos envolvidos, que variava de acordo com classe social e gênero, do que a qualquer avanço tecnológico (McLaren, 1990, p. 218-224).

O autor também chama a atenção para como as fronteiras em torno do que constituía contracepção não eram bem estabelecidas nesse momento. Embora comumente hoje reduzamos a noção de controle de natalidade aos contraceptivos (principalmente aos chamados modernos), é necessário lembrar que o repertório para restringir o tamanho da prole incluía, dentre outros, o aborto e o adiamento do matrimônio, não considerados contracepção hoje (McLaren, 1990, p. 17). Sobre o aborto, o autor afirma que foi apenas em 1827 que o óvulo humano se estabeleceu como um fato científico e foi aí que a ideia de “concepção” como tendo início no encontro entre óvulo e espermatozóide se consolidou, modificando o enquadramento do início da vida humana para igreja e para os médicos. Se na Idade Média se supunha que o início da vida se dava apenas após dias ou até semanas do coito, no século XIX os médicos passaram a considerar aborto qualquer prática após o ato sexual e a condená-la. Os neomalthusianos se juntaram aos médicos na insistência em diferenciá-los, defendendo a contracepção e se opondo ao aborto, embora no cotidiano as pessoas ainda recorressem às diferentes estratégias sem uma distinção evidente.

Por um lado, o uso de chás, purgativos e supositórios utilizados para estimular a descida da menstruação e a sua “regularidade” não eram facilmente diferenciados dos dispositivos abortivos. Por outro, entendia-se o aborto como apenas mais uma forma de regular a fecundidade, não sendo fundamentalmente diferente das outras empregadas. Muitas mulheres a preferiam por ser uma prática considerada feminina, dependendo menos da cooperação de médicos e maridos, além de ser mais acessível às classes baixas (McLaren, 1990, p. 221). Além disso, McLaren (1990) chama atenção para os números de crianças entregadas por seus pais a asilos que os recebiam na França. Os números teriam duplicado no século XIX e, com o seu fechamento no final da década de 1830, os índices de aborto e infanticídio tiveram subidas significativas (McLaren, 1990, p. 224).

Além disso, o autor cita o matrimônio, bem como as normas a ele associadas, como um exemplo de prática de regulação da fecundidade. Por muito tempo foi a principal forma de legitimar algumas relações sexuais em detrimento de outras e, dessa forma, incentivar a fecundidade das pessoas casadas - principalmente mulheres - em detrimento de outras, solteiras (McLaren, 1990, p. 19). É nesse sentido que o adiamento do matrimônio era muito utilizado como controle da fecundidade, ainda que não promovesse uma separação radical entre sexualidade e reprodução.

Do mesmo modo, o coito heterocissexual em que a ejaculação masculina acontece no interior do canal vaginal feminino foi incentivado e se estabeleceu como preceito a ser seguido. Embora seja apenas uma dentre várias práticas sexuais possíveis, outras foram invisibilizadas ou tomadas como não naturais, pecado ou crime. São também, portanto, práticas semiótico-materiais que afetam a fecundidade, configurando uma tecnologia de incentivo à reprodução, desestimulando práticas alternativas que desassociassem de forma mais eficaz sexualidade e reprodução. Ainda assim, o coito interrompido era uma prática bastante comum, ainda que intensamente condenada pela Igreja e pelos médicos no início do século XX.

McLaren (1990) destaca ainda algumas mudanças mais específicas como responsáveis pela maior busca e aceitação, por parte das elites e das classes trabalhadoras, de estratégias de controle do número da prole, mesmo quando médicos e Igreja se posicionavam de forma contrária a elas. Nas elites, nas quais o modelo dualista de gênero era mais factível, uma mudança importante, relacionada também às preocupações médicas e nacionais, foi a nova consideração acerca da criação dos filhos. A “profissionalização” da maternidade, a partir de metade do século, fez com que a educação se tornasse uma preocupação nacional e um investimento emocional e econômico muito maior, agora que os filhos já não faziam parte da cadeia de produção. Nesse sentido, a limitação do número de filhos passou a ser entendida não como uma recusa à maternidade/paternidade, mas uma busca por aperfeiçoá-la. A partir daí, embora fingissem estar de acordo com as doutrinas pró-natalidade, os argumentos dos defensores do controle de natalidade eram incorporados nas vidas das elites (McLaren, 1990, p. 226-231).

Já no caso das classes trabalhadoras, McLaren (1990) comenta que a queda da fecundidade estava relacionada à redução dos salários das mulheres e crianças, que no início da era industrial representavam mais da metade dos rendimentos familiares. A partir de 1870, no entanto, o aumento da demanda por mão de obra especializada, por um lado, e a organização por parte dos trabalhadores para se protegerem da mão de obra barata, por outro, levou à saída, ainda que não total, das mulheres e jovens do mercado de trabalho. À exigência de salários maiores, o Estado respondeu com uma legislação que reduzia as oportunidades de trabalho para essas categorias, levando a uma mudança no lar das classes trabalhadoras também. As mulheres passavam a ser também primariamente esposas e mães, donas de casa em tempo integral. Dessa forma, as famílias numerosas perderam sua motivação econômica. O autor ainda comenta que até mesmo a ideia de que os filhos pudessem representar um possível apoio econômico na velhice dos pais foi ameaçada pelos programas modernos de aposentadoria e assistência social.

Nesse quadro, o controle de natalidade também passa a fazer sentido para as classes trabalhadoras (McLaren, 1990, p. 233-235).

Entretanto, o autor sugere que se tenha cautela ao pensar em “estratégias familiares” com causas sobretudo econômicas, já que as relações de gênero, muitas vezes conflitantes nas famílias, também são de fundamental importância para pensar a queda na fertilidade. Se as causas econômicas fossem as únicas, seria de se esperar que houvesse oscilação no número de filhos, aumentando nas épocas prósperas e diminuindo nas de escassez. Mas McLaren sublinha que depois do início do descenso, não houve posterior recuperação. Segundo o autor, “una vez que las mujeres se dieron cuenta de que no tenían por qué quedarse embarazadas, su opinión sobre la maternidad cambió radicalmente” (McLaren, 1990, p. 236). Lembra também que os partos eram ainda bastante perigosos à época e a crescente capacidade de prevenção da gravidez e das complicações dela decorrentes fizeram com que mulheres, em especial, se mantivessem determinadas a evitá-las. Além disso, a carga de trabalho sobre a criação dos filhos recaía muito mais sobre as mulheres, fazendo delas as mais interessadas nas limitações de sua quantidade. Embora o período fosse marcado por um aumento da cooperação entre os casais, o autor argumenta que uma prova de que essa harmonia não era generalizada era a quantidade de anúncios de anticoncepcionais promovidos em torno da possibilidade de uso sem o conhecimento dos maridos. Dessa forma, o autor alega que uma explicação que leve em conta os interesses competitivos entre homens e mulheres para a queda no número de filhos faz mais sentido que uma que se baseie em um grande consenso social (McLaren, 1990, p. 236-240).

É levando em conta essas mudanças que McLaren considera que são as relações de gênero, principalmente, que possibilitam e viabilizam a eficácia dos anticoncepcionais, classificando o “controle da fertilidade” e as mudanças ao longo de sua história como “símbolo e sintoma” de mudanças nessas relações (McLaren, 1990, p. 21). Vemos, assim, que a separação entre sexualidade e reprodução não é tão recente como podem sugerir práticas que atribuem a instauração dessa diferença à circulação da pílula anticoncepcional. Além disso, conferir ao dispositivo toda a responsabilidade pela eficácia contraceptiva apaga a importância de outros fatores, como as dinâmicas nas relações econômicas, de gênero e raça que tanto viabilizaram a materialização da pílula anticoncepcional ao longo do tempo, quanto contribuem para sua eficácia atual. Descrevo a seguir algumas dessas características mais gerais do século XIX que abriram caminho para a existência da pílula anticoncepcional em seus diferentes enquadramentos, tendo como foco a atuação da ginecologia - que surge nessa época - e sua relação com o Estado.

### 1.3. Ginecologia, Estado e Diferença Sexual

Mudanças mais gerais ocorridas no século XIX dizem respeito à questão da diferença entre os “sexos”, que se tornou uma preocupação central da medicina nessa época. Mais especificamente, trata-se de uma busca e interesse pelo “sexo feminino”, relacionada ao que Foucault chamou de “histerização das mulheres” e sua associada responsabilização pela “saúde de seus filhos”, pela “solidez da instituição familiar” e pela “salvação da sociedade”. Para um panorama mais geral em torno dos enquadramentos dados a sexo e gênero nessa época, o trabalho de Thomas Laqueur (2001) é de grande ajuda. O autor faz uma diferenciação entre como essas categorias eram entendidas antes e depois do Iluminismo. Segundo ele, o modelo hegemônico anterior a essa época era o que ele chama de “sexo único”, enquanto o gênero se apresentaria em ao menos duas formas. Tratava-se de um modelo de herança grega que, diferentemente do que se entendia no século XIX, as evidências empíricas, a “natureza” ou a biologia não eram fundamentais para o enquadramento de homens e mulheres. O gênero - enquanto práticas relacionadas a homens e mulheres - não tinham como base o corpo ou a anatomia, mas uma tradição metafórica na qual esses eram apenas componentes na “grande cadeia do ser”.

Nessa configuração, marcada por uma relação particular entre o micro e o macro, entre a natureza e o transcendente, o masculino apresentava um maior grau de perfeição e fazia a mediação entre o terreno e o metafísico. Dessa forma, os corpos eram mais suscetíveis a mudanças e a ações externas, não sendo determinados de maneira primordial por uma natureza anterior e fixa, como se tornou o corpo pós-iluminista. No modelo do sexo único, homens e mulheres teriam testículos e pênis, mas nelas tais órgãos não teriam se exteriorizado por conta da falta de “calor vital”. Contudo, a relevância da localização desses órgãos não tinha maior importância que outros signos do gênero; o que importava eram as posições sociais (Laqueur, 2001).

A passagem para o que o autor chama de modelo dos dois sexos não se justificaria apenas pelos progressos científicos, mas por demandas e relações próprias ao período em que se dão. Ele defende tal posição com o argumento que as investigações da anatomia renascentista, por exemplo, não foram suficientes para desbancar o modelo do sexo único enquanto eram analisadas em relação aos entendimentos pré-iluministas. Foi apenas após uma mudança epistemológica e outra política que se consolidou o entendimento de uma “biologia da incomensurabilidade” (Laqueur, 2001, p. 263). A primeira, relacionada à substituição do paradigma da “grande cadeia do ser” por uma em que a natureza, a biologia e os fatos naturais

e científicos se tornaram a base determinista que explica e organiza o mundo e suas hierarquias. A mudança política diz respeito à separação das esferas públicas e privadas, associadas respectivamente a homens e mulheres. É nesse novo enquadramento que as ciências em geral, e a medicina em particular, adquirem uma força explicativa e uma posição poderosa para definir a chamada “diferença entre os sexos” e para prescrever normas sobre suas funções na sociedade (Laqueur, 2001).

Sobre a medicina no século XIX e no começo do século XX, e em especial a ginecologia, os trabalhos de Fabíola Rohden (2001, 2003) são fundamentais. Teria sido na França pós Revolução Francesa que o culto da razão possibilitou a inauguração das transformações na disciplina. Primeiro, os médicos recorreram a experimentações e a autópsias para analisar e classificar as doenças, que acabaram por adentrar também a clínica. Simultaneamente, os médicos passaram a ter grande importância político-cultural: muitos se dedicaram ao jornalismo, à política institucional e à literatura e eram apresentados como modelos de pessoas cultas, inspirando também personagens de romances. Além disso, o número de periódicos especializados aumentou significativamente e os médicos passaram cada vez mais a se posicionar publicamente sobre temáticas diversas, especialmente defendendo a manutenção de certa ordem social. Assim, dedicavam-se também aos problemas sociais e se tornaram tipos de “sacerdotes” com poderes regulatórios (Rohden, 2001, p. 35-38).

Grande parte dessa força veio da oficialização da medicina pelos Estados nacionais, dos quais se aproximou cada vez mais. Com tal legitimação, tornaram-se responsáveis pela “formação de uma população saudável que garantisse o futuro de cada nação”, dedicando-se a políticas de higiene pública e a campanhas de medicalização tanto contra a “degeneração” quanto a favor do nascimento de novos cidadãos “saudáveis” (Rohden, 2001, p. 37). Em seu caso mais extremo, inspirando pelo darwinismo e pela teoria da hereditariedade, o intervencionismo médico chegou a uma corrente de pensamento marcada pelo fatalismo genético que culminou no eugenismo, como veremos com mais detalhes no caso do Brasil (Rohden, 2001, p. 37; Rohden, 2003).

Assim, paradoxalmente, o “futuro da nação” passa a ser apresentado como um problema a ser resolvido no âmbito doméstico e da reprodução e isso se expressa em um maior interesse médico pela gravidez, parto, aleitamento, puericultura e casamento. Os médicos em geral, e os ginecologistas em particular, tornam-se fundamentais tanto na manutenção e justificação da diferença sexual quanto na orientação da vida reprodutiva das mulheres. Se a chegada da democracia liberal fez com que a base religiosa da autoridade masculina perdesse força, a

“natureza” se estabeleceu como seu novo fundamento. Os médicos, como seus legítimos tradutores, tinham uma posição central na prescrição de posições sociais no novo arranjo (Rohden, 2001, 2003; McLaren, 1990, Laqueur, 2001).

A teoria da complementaridade sexual, que serviu de fundamento para a divisão sexual do trabalho, deu uma resposta peculiar aos que questionavam as desigualdades de gênero. Não se tratava mais das mulheres como homens imperfeitos, mas como pessoas com uma função específica, privada, relativa ao papel de mãe, nutridora e cuidadora. Aos homens, por outro lado, reservava-se o espaço público (Schiebinger, 2001, p. 135-145). Nesse quadro ideal, mais realizável nas elites, o mundo doméstico era apartado do mundo do trabalho e deveria ser um espaço protegido do mundo competitivo exterior. Como escreve McLaren (1990), essa doutrina das esferas separadas deixava as mulheres de classe média em um limbo: se livravam das tarefas domésticas realizadas por empregadas, mas se isolavam do mundo dos negócios, da política e da educação, sendo reduzidas à posição - que então se pressupunha “natural” - de mãe. O “culto à maternidade” do século XIX está relacionado à especialização e importância que tal função adquire naquele momento.

A ginecologia se ocupa então dessa diferença sexual e das especificidades do feminino ao mesmo tempo em que passa a prescrever normas sociais que vinculam seus órgãos “reprodutivos” a limitações ao espaço privado e a doenças. Contudo, como as condições começaram a modificar no final do século XIX e as mulheres brancas de camadas médias já buscavam outras posições que não apenas a de mãe e esposa, tais médicos acabaram encontrando realidades que contradiziam suas prescrições. Rohden escreve que enquanto crescia a demanda das mulheres por educação, trabalho e direitos, bem como pela redução no número de filhos, os médicos insistiam em descrevê-las como passivas e domésticas. Nas palavras da autora, “Enquanto os médicos esperavam definir a feminilidade como fixa e estática, ela se apresentava instável e fluida” (Rohden, 2001, p. 42). Dessa forma, muitos dos comportamentos que fugiam da prescrição médica - como o “excesso” de desejo sexual - eram tratados como desvios e perversões, justificando cirurgias de remoção dos ovários, do clitóris ou dos lábios genitais. Tais cirurgias, além de ajudarem a consolidar o prestígio da ginecologia como especialidade médica, baseavam-se na ideia de que as mulheres, mais próximas à natureza, seriam facilmente dominadas por essas partes de seus corpos (Rohden, 2001, p. 43)<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> Rohden chama atenção para como a associação da “natureza feminina” a doenças exigia a criação de uma ciência específica que não tinha equivalente no caso masculino. Apesar de haver doenças ligadas a órgãos tidos como exclusivos masculinos, não eram compreendidas como sendo determinantes para sua natureza e comportamento. Seria por isso que a andrologia e a urologia não tiveram sucesso à época (Rohden, 2001, p. 56).

Além disso, a ginecologia teria feito parte de um sistema de classificação mais amplo presente no século XIX, que envolvia a antropologia enquanto “ciência do Homem”. Rohden argumenta que, em comum, ambas teriam como fundamento dados tratados como “naturais” ou “biológicos”, ainda que legitimassem as hierarquias e enquadramentos compartilhados pelos grupos a que pertenciam. Por outro lado, no entanto, havia uma grande assimetria entre ginecologia e antropologia. A autora explica: “Enquanto a primeira tratava da mulher, frequentemente associada aos primitivos e às crianças, representando um homem incompleto ou incivilizado, a antropologia tratava da humanidade. E fazia isso com base no modelo do homem ocidental, branco, adulto, civilizado” (Rohden, 2001, p. 56). Se a primeira, então, objetivava descrever e justificar a diferença sexual, a segunda instaurava a diferença entre raças, povos e civilizações (Rohden, 2001, p. 56)<sup>45</sup>.

O trabalho de Nancy Stepan (1986) também nos ajuda a entender tais sobreposições. Ela analisa uma analogia que ocupava um lugar estratégico nas teorias científicas sobre a variedade humana entre o século XIX e XX, que conectava gênero à raça. Como a atenção sobre a diferença sexual cresceu muito no século XIX, cientistas utilizavam a diferença racial para explicar a diferença de gênero e vice-versa. Mulheres e pessoas negras eram descritas como tendo “crânios pequenos, infantis e delicados, muito diferentes das cabeças robustas e arredondadas dos machos de raças ‘superiores’”. Além disso, eram tidos como naturalmente “impulsivas, emocionais, não originais e incapazes de raciocínio abstrato como os homens brancos” (Stepan, 1986, p. 263, tradução minha). Da mesma forma, analogias com as ditas “raças inferiores” também foram feitas fazendo dos “desviantes sexuais, criminosos, pobres urbanos e loucos” também “raças à parte”. Dessa forma, eram aproximados uns dos outros como inferiores ao mesmo tempo em que eram diferenciados dos homens brancos, cuja posição superior na hierarquia social era justificada biologicamente (Stepan, 1986, p. 264).

É nesse sentido que não é possível pensar os modelos e ansiedades em torno da sexualidade e da diferença sexual no século XIX como separados das preocupações coloniais, raciais e nacionais. Assim, é necessário pensar as taxonomias sociais da raça e do sexo enquanto categorias biológicas produzidas mutuamente e que funcionaram como mecanismos de

---

<sup>45</sup> Exemplos dessas buscas por comparações que conectavam ginecologia e antropologia foram a craniometria, para os homens, e a pelvimetria, para as mulheres, como forma de classificar as raças. Tais medições comparativas colocavam os europeus como superiores, o que era comprovado a partir da capacidade craniana no caso dos homens e da capacidade pélvica no caso das mulheres (2001, p. 57). Rohden também encontrou um caso de comparação racial com base em pelvimetria na tese de Justo Ferreira, defendida em 1887 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Rohden, 2001, p. 101). Sublinhava-se simultaneamente, dessa forma, a superioridade dos brancos europeus e dos homens.



ordenação social. As teorias da “degeneração” são, nessa direção, centrais para pensar tais cruzamentos entre sexualidade, raça e nação. Desenvolvendo-se enquanto projetos nacionais e de classe, articularam-se de maneiras diferentes a depender do Estado, mas em geral envolviam campanhas por incentivo à natalidade para alguns e esterilização para outros (Stoler, 1995, p. 31). Culminando na eugenia, tinham como alvo não apenas as populações colonizadas, mas tratava-se de um “discurso ‘móvel’ do império que designava elegibilidade para cidadania, associação de classe e atribuições de gênero à raça” (Stoler, 1995, p. 32, tradução minha). Veremos, nas duas próximas seções, como tais práticas discursivo-materiais são mobilizadas no Brasil entre o final do século XIX e início do século XX. No próximo tópico, abordarei as especificidades nacionais a partir das articulações de noções como “degeneração”, “branqueamento” e “democracia racial”. No tópico seguinte, mostrarei seus encadeamentos com práticas da medicina em geral e da ginecologia em particular, principalmente no que se refere a questões reprodutivas.

#### **1.4. Degeneração, branqueamento e democracia racial no Brasil**

Para tratar das especificidades brasileiras, é necessário comentar quais formas e consequências da “teoria da degeneração” no país. Em geral, a teoria mobilizava a ideia de um declínio nacional por meio de uma metáfora de doenças corporais hereditárias, fazendo da nação “um corpo doente” (Borges, 1993, p. 235). No Brasil, diferentes políticas se relacionaram a tal enquadramento e, embora sempre atravessadas pela racialização, não se reduziam a ela. Evidenciando a pluralidade das políticas de “aprimoramento racial” do final do século XIX e início do século XX, Dain Borges (1993) inclui o encorajamento da imigração europeia e o desencorajamento à imigração chinesa - relacionados às buscas por “embranquecimento” e por mão de obra barata -, mas também “regulamentação da prostituição; saneamento de navios, fábricas e quartéis; licenciamento de empregados domésticos; esportes e educação física; serviço militar universal” e as reformas urbanas do Rio de Janeiro entre 1903 e 1906 (Borges, 1993, p. 248-249).

Em relação especificamente à “ideologia do branqueamento”, Lilia Schwarcz (2005) recupera que, desde 1870, teorias racialistas passaram a ser adotadas nas instituições de ensino e pesquisa do Brasil. Dentre vários modelos de explicação que estavam sendo propostos na Europa, há uma seleção feita no Brasil que insiste na tradução de autores darwinistas sociais que “destacavam o caráter essencial das raças e, sobretudo, o lado nefasto da miscigenação” (Schwarcz, 2005, p. 119). Tentava-se conciliar uma visão evolucionista com o poligenismo,

que advogava a existência de vários centros de origem da humanidade – e, no caso brasileiro, baseado principalmente no conceito de raça (Schwarcz, 2005). Silvio Romero e Nina Rodrigues são os principais expoentes de intelectuais públicos da época que advogavam pelo determinismo racial. Tais autores possuíam voz privilegiada no cenário nacional, fazendo com que tivessem um alcance muito grande, inclusive com consequências políticas. Tais consequências se deram principalmente na medida em que o Brasil, reconhecido nacional e internacionalmente como um laboratório racial, segundo as teorias racialistas europeias e adotadas no Brasil por Romero e Rodrigues, estava fadado ao fracasso.

Nesse contexto, a única possibilidade de reverter tal situação seria o “embranquecimento” da população, projeto comum entre Romero e a elite brasileira. Acreditava-se em uma miscigenação seletiva, na qual os brancos adquiririam, através do cruzamento com negros e índios, certa força necessária à sobrevivência em tal clima, mas da qual sairia vencedora a “raça branca superior”. É nesse contexto que se dá o incentivo do governo brasileiro à imigração de europeus na segunda metade do século XIX, oferecendo a eles oportunidades negadas aos negros após a abolição da escravatura (Schwarcz, 2005).

É necessário destacar ainda que se trata de um país no qual a escravização durou até 1888 e sua abolição não veio acompanhada de nenhuma política de reparação ou mesmo acesso à terra. Nesse quadro, o modelo da divisão sexual do trabalho se acomodou às hierarquias econômicas e raciais do país, ainda bastante rural e com forte herança escravocrata. A proteção estatal e garantias que McLaren (1990) descreve como chegando às classes trabalhadoras e possibilitando que algumas dessas mulheres performassem a feminilidade doméstica não foi acessível para pessoas pobres e negras no Brasil. Em meados do século XIX, com abolição do tráfico e com a intensa imigração e o início do êxodo rural, os centros urbanos reuniram mão de obra feminina se dedicando principalmente ao trabalho reprodutivo (além do que faziam em suas casas). Em 1870, 63% das mulheres livres ocupavam posições remuneradas e “em 1906, quase a metade de todas as mulheres em idade de trabalho se declarara empregada” (Graham, 1988 apud Monteleone, 2019)<sup>46</sup>.

Mesmo com a abolição da escravização, grande parte das mulheres negras continuou se dedicando principalmente ao trabalho reprodutivo para famílias brancas, em geral de forma mal ou não remunerada, sem limitação de horas e sem garantias trabalhistas, ao mesmo tempo que também o faziam em suas próprias casas. Embora imigrantes e brancas pobres também

---

<sup>46</sup> Conforme Joana de Moraes Monteleone (2019), no Rio de Janeiro de 1872, dois terços das mulheres livres estavam empregadas no serviço doméstico na corte imperial, junto com outras várias escravizadas.

ocupassem tais posições, a divisão sexual do trabalho também tinha marca racial, com diferença significativa nas remunerações e condições de trabalho. Apesar dos avanços significativos das últimas décadas, a categoria das empregadas domésticas é ainda hoje bastante vulnerável no país e marcada racialmente<sup>47</sup>.

É nesse sentido que a “profissionalização” da maternidade com todas suas demandas de dedicação integral e de correspondência aos comandos médicos - associada à divisão sexual do trabalho branca de elite da época - não foi possível e nem necessariamente desejada pelas famílias pobres e não brancas. Por outro lado, também as famílias brancas de elite local não o incorporaram com a mesma facilidade justamente por terem acesso à mão de obra barata para o trabalho reprodutivo e herdarem do período de escravização a prática de terceirização da criação dos filhos para as “mães pretas” (Gonzalez, 2011). Dessa forma, a saída das crianças da cadeia de produção e o aumento do investimento econômico e emocional nos filhos, caracterizado por McLaren (1990) como causas do declínio da fertilidade no caso europeu, não se deu da mesma maneira nessa época no Brasil. A queda nas taxas de natalidade, embora tenha tido início junto com o século XX, se deu de maneira muito suave até a década de 1960 (Silva e Barbosa, 2006), quando a transição urbana também teve início (Oliveira e Silva, 2015).

Há também de se levar em consideração a consolidação do mito da democracia racial nos anos 1930, embora viesse sendo forjado desde 1870, de certa forma simultâneo à busca pelo embranquecimento da população. Célia Marinho de Azevedo (2004) mostra que a expectativa de que a vinda de europeus pudesse estabelecer um “equilíbrio populacional” - que significava desde o ponto de vista dos defensores da imigração o seu embranquecimento - já fazia com que circulasse uma imagem do futuro do Brasil como um “paraíso racial”. Como o projeto pressupunha mais miscigenação, era necessário que as relações interracialis fossem estimuladas. Também por conta da necessidade de vender uma imagem de Brasil como pacífico para os potenciais imigrantes, diferenciava-se o país dos Estados Unidos, conhecido pelos conflitos raciais e no qual a escravidão acabou por meio de uma guerra. Por fim, tal imagem ainda garantia que a escravidão pudesse se estender e terminar de forma mais gradual, porque

---

<sup>47</sup> Segundo Monteleone ainda (2019), “conforme a luta pela abolição da escravidão ganhava força - e passava a ser mal vista em determinados círculos sociais - a escrava negra dava origem a outro tipo de distinção social, a criada branca imigrante” (Monteleone, 2019, p. 2). Além disso, hoje o Brasil é o país com o maior número de empregadas domésticas do mundo. Conforme Maria Lourenço e Mary Castro (2020), esse trabalho só foi reconhecido legalmente em 1972 e é apenas com a Constituição Federal de 1988 que alguns direitos foram concedidos legalmente à categoria, como salário mínimo, repouso semanal remunerado, férias anuais, licença-maternidade e aposentadoria. Contudo, as autoras afirmam que “em 2020, 70% dos trabalhadores domésticos no Brasil são empregados informalmente” e “muitas trabalham 58 horas semanais, com remuneração média abaixo do salário mínimo estipulado por lei” (Lourenço e Castro, 2020).

se argumentava que independente do fato de o país ser um dos últimos a abolir o regime, aqui as relações raciais eram isentas de preconceito. Simultaneamente, contudo, reafirmava-se a inferioridade biológica dos negros, o que justificava a necessidade de estimular a imigração de europeus com a oferta de oportunidades não dadas aos primeiros (Azevedo, 2004, p. 65).

Já nos anos 1930, Gilberto Freyre é uma das figuras frequentemente associadas à consolidação do mito da democracia racial. Trazendo uma visão culturalista, inspirada em Franz Boas, e otimista para a temática da convivência interracial, o autor buscava também responder à questão se a miscigenação condenava o Brasil a algum tipo de “degeneração”. Por um lado, Freyre defendeu, em seu livro *Casa Grande & Senzala*, que não era a raça, mas sim a cultura que era transmitida para os descendentes. Por outro lado, como descreve Borges (1993), dividiu a contribuição das diferentes culturas em termos eugênicos, já que afirmava que os portugueses constituíam uma “raça forte” que não necessariamente viria a se “degenerar” nos trópicos. Ele atribuía o “problema do brasileiro” à conquista predatória dos povos indígenas, que teria levado ao sadismo, e à escravidão, que teria levado a inércia paralisadora. O senhor de escravos era descrito, nesse contexto, como debilitado pela sífilis e corrompido pelos serviços prestados pelos escravizados. Como resume Borges (1993), “como explorador e colono, o português era dinâmico; como proprietário de escravos, o brasileiro tornou-se um parasita” (Borges, 1993, p. 253, tradução minha).

Freyre oferece como solução para os dilemas e conflitos da época de 1930 - pós abolição e vinda de imigrantes - a ênfase na harmonia e fusão cultural. Nesse sentido, a miscigenação não deveria ser uma condenação, mas algo a ser enaltecido. Para o autor, a “cultura brasileira” teria sido marcada, ao longo do período colonial, pelas “contribuições” africanas e indígenas à cultura portuguesa, fazendo do brasileiro da época - homem herdeiro do senhor de escravos - um “mestiço”. Além disso, as relações sexuais impostas pelos senhores às mulheres escravizadas são descritas como tendo produzido relações harmônicas: embora reconheça o legado de sadismo, defende que o “paternalismo condescendente” dos portugueses teria levado à intimidade e confraternização entre todas as pessoas do agregado familiar (Borges, 1993, p. 253-254). Como escreve Lilia Schwarcz (1999), Freyre, ligado ao poder público que ainda se dedicava a inventar “uma autêntica identidade brasileira”, defendia que a representação oficial da nação fosse a cultura mestiça, que deveria ser exaltada como um bem nacional. A promoção desse enquadramento pelo Estado, embora progressista quando comparado aos determinismos raciais de Romero e Rodrigues, acabou por negar a importância de lidar com as desigualdades

decorrentes de quatro séculos de escravidão, de uma abolição sem compensação e de incentivos dados aos imigrantes europeus em detrimento das pessoas que já viviam no país.

É nesse quadro que a medicina ganha importância e se aproxima do Estado, principalmente no início do século XX. Tal aproximação se deu de forma significativa no âmbito das reformas urbanas e das questões reprodutivas, ambos intimamente ligados às preocupações em torno do “aprimoramento da raça” e da nação, das quais tratarei a seguir.

### **1.5. A medicina brasileira na busca por "aprimoramento da raça"**

As reformas urbanas do início do século promoveram um processo de aproximação entre Estado e medicina no Brasil, por meio do projeto de saneamento. Tratou-se de um movimento sanitarista que assumiu características diversas, indo desde um caráter eugênico, passando por educação e higienismo moral. Tais reformas incluíram drenagem, modernização do porto, abertura de avenidas, obras de água e esgoto, erradicação de mosquitos e vacinação contra varíola. Segundo Borges, “Essas políticas eram, em sentido amplo, "raciais" ou, posteriormente, "eugênicas"; muitos cientistas argumentaram que as melhorias no meio ambiente levariam a mudanças hereditárias lamarckianas na raça, que a modernização poderia levar ao progresso racial” (Borges, 1993, p. 248-249, tradução minha).

A medicina foi assim se constituindo como resposta ao problema do controle social da população, participando ativamente da formação do Estado nacional e da construção de uma nacionalidade. Envolvendo-se com questões de higiene e saneamento, os médicos passam a ocupar cargos públicos, fundar instituições e aumentar seu poder de intervenção também no Brasil (Rohden, 2003, p. 41-44). Ademais, é “em nome da saúde pública que os médicos vão exigir do Estado o combate ao charlatanismo, assegurando a sua posição de detentores oficiais e legítimos do saber sobre o corpo e a saúde” (Rohden, 2001, p. 69).

Todas as preocupações em torno da raça e da nação, colocadas enquanto problemas que a medicina deveria resolver, também fizeram da “reprodução” um locus privilegiado de intervenção médica, que atribuiu grande importância à ginecologia e à obstetrícia. No livro intitulado “A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX”, Rohden (2003) busca entender como o controle de natalidade se converte em uma questão de interesse nacional. Para isso, analisa as abordagens da questão a partir da medicina e do sistema jurídico-policia. Para o primeiro caso, que nos interessa particularmente aqui, examina artigos de periódicos, livros, boletins, anais de congressos e, em especial, as teses apresentadas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que constituíam requisitos para

recebimento do grau de doutor em medicina, representando, portanto, o pensamento médico oficial da época.

A autora trabalha a partir da constatação de uma crescente preocupação, na passagem do século XIX para o século XX, em torno do controle de natalidade, que passa a ser considerado uma ameaça ao crescimento da nação, à soberania nacional e ao “aprimoramento da raça”. O reforço da maternidade como destino feminino "natural" - agora presente principalmente nos discursos médicos - afirmava que a reprodução era uma questão de interesse nacional, na qual o Estado deveria intervir (Rohden, 2003, p. 35). No Brasil, além da presença de ideias eugênicas e nacionalistas, havia preocupações com a alta incidência de doenças por todo o país e seu território extenso à espera de povoamento. Assim, a propagação do controle de natalidade, a entrada das mulheres no mercado de trabalho e os movimentos de emancipação feminina preocupavam e contrastavam com a redefinição do papel da medicina da mulher e da criança (Rohden, 2003, p. 36).

Em um primeiro momento, as campanhas contra aborto e contracepção foram lideradas pelos próprios ginecologistas, que associavam tais práticas às parteiras e outras profissionais consideradas sem qualificação e perigosas<sup>48</sup>. Assim, ao mesmo tempo em que se esforçavam para tornar a saúde das mulheres um problema médico, distanciavam-se de práticas consideradas imorais por muitos (Rohden, 2003, p. 32). Os ginecologistas, especialmente, enfrentavam desafios em tornar a profissão honrada na opinião pública, já que tratavam de assuntos moralmente delicados e ainda empreendiam procedimentos considerados indecorosos, principalmente quando realizados por homens em mulheres, o que dificultava sua legitimação (Rohden, 2001, p. 20). Por outro lado, foi essa dificuldade que ajudou a justificar a entrada das mulheres na profissão médica<sup>49</sup>.

Rohden mostra uma mudança importante nas considerações médicas acerca das relações de gênero e sexualidade e da diferença sexual no país. Até a década de 1870, as mulheres eram

---

<sup>48</sup> Segundo Rohden, tais mulheres, sem conhecimento formal, faziam uso de diversos remédios da flora brasileira ou de elixires importados, bem como rezas, simpatias e prescrições. Os médicos só eram chamados nos casos mais graves ou de partos complicados que colocassem em risco a vida da mãe ou da criança (Rohden, 2001, p. 72).

<sup>49</sup> Ginecologistas e obstetras eram acusados, na Inglaterra da segunda metade do século XIX, de se aproveitavam da justificativa do cuidado da saúde das mulheres para violá-las. Feministas defendiam a entrada das mulheres na profissão médica, argumentando em prol de maior conforto e segurança das pacientes e da possibilidade de reformulação das noções de feminilidade e masculinidade da época. Isso poderia vir a dar legitimidade científica à inclusão política das mulheres, principal reivindicação feminista da época (Rohden, 2001, p. 90). No Brasil, contudo, a entrada das mulheres na medicina se deu apenas ao final do século XIX e não esteve articulada a um movimento feminista organizado que reivindicasse a reformulação política do modelo de divisão sexual do trabalho. Ainda assim, tal entrada também teve como fundamento a ideia de que mulheres seriam adequadas para atender outras mulheres e crianças, mas que deveriam se restringir a esses pacientes (Rohden, 2001, p. 94).

infantilizadas e consideradas vítimas quando marcadas pela loucura, prostituição, aborto ou infanticídio, não responsabilizadas por seus atos. Com a ascensão da teoria da degeneração, criminosos/as, loucos/as, prostitutas, histéricas, infanticidas, desviantes sexuais - além de negros e negras - passam a ser considerados “degenerados”, condição passível de ser transmitida via família. Rohden afirma que “por isso se justifica a intervenção dos médicos na regulação do casamento para se evitar a proliferação dos estigmas degenerativos” (Rohden, 2001, p. 84). Nesse quadro, os médicos deixam de considerar as mulheres “crianças irresponsáveis” e passam a considerá-las “alguém no nível de uma raça inferior, identificada por diagnósticos médicos como um ser que se distingue pelo cérebro menor e pelos gânglios maiores.” Sua patologização a torna uma criminosa em potencial, com uma sexualidade perigosa que deve ser controlada de maneira adequada (Rohden, 2001, p. 84).

Nessa configuração, apesar de um discurso geral de incentivo à maternidade, há preocupações com a reprodução dos “indesejáveis”. Assim, aos poucos, alguns métodos de controle de natalidade vão ganhando legitimidade, ainda que apenas sob o controle médico. Rohden mostra como por volta da década de 1920, havia já médicos neomalthusianos que defendiam publicamente alguma espécie de controle de natalidade em associação a causas como combate à miséria e o aprimoramento da população, tomando a França como exemplo. Nessa época, contudo, eram minoritários e suas defesas públicas suscitavam conflitos e repulsa. (Rohden, 2003, p. 101-103).

Um dos exemplos da relação entre contracepção e eugenia aparecia no país a partir de um artigo, publicado em 1912 na revista *Brazil Medico*, que sugeria a necessidade de esterilização dos “degenerados e deficientes” a fim de que “o homem” viesse a ser o animal “de raça mais fina e pura” (*Brazil Medico*, 1912, p. 359 apud Rohden, 2003, p. 108). Da mesma forma, em outros artigos e nas teses defendidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rohden encontra defesas da esterilização com o apelo eugênico nas décadas de 1910 e 1920. Já na década de 1930, a autora encontra nos *Annaes Brasileiros de Gynecologia*, fundado em 1936, alguns artigos sobre esterilização para fins de erradicação de doenças hereditárias e outros sobre a necessidade de proteção à maternidade (Rohden, 2003, p. 107-109).

É também nessa revista que começam a aparecer as ideias de “concepção consciente”, “maternidade consciente” e a justificação do uso de anticoncepção em alguns casos, desde que com a indicação de um médico. Além das doenças, há médicos que justificam a indicação do “mal necessário” de algumas formas de anticoncepção a fim de evitar o aborto e outras práticas de controle de natalidade consideradas imorais. Nesse quadro, a primeira a ganhar legitimidade

foi a continência periódica, que adquiriu maior apreciação científica depois de comprovado que o ciclo menstrual seria composto por fases de esterilidade “naturais”. Em um dos artigos, escrito pelo médico Francisco de Carvalho Azevedo e publicado em 1936 na já citada revista, o método era justificado também do ponto de vista religioso e moral: a Igreja já havia dado aval ao método em determinadas circunstâncias (Azevedo, 1936, apud Rohden, 2003, p. 110-111).

Buscando também conquistar aqueles que se opunham ao aborto e outras práticas “neomalthusianas”, o autor se preocupa em diferenciar o método - chamado de Ogino-Knaus - das outras práticas de controle de natalidade que, segundo ele, não preservariam a “função procriadora” e seriam “artificiais”, já que poderiam bloquear a fertilidade mesmo no que vinha sendo entendido como “período fértil” dos ciclos menstruais. Contudo, as chamadas “indicações científicas” - que deveriam ser dadas pelos médicos - para o uso do método eram bastante abrangentes e incluíam motivações eugênicas (caso de doenças hereditárias ou congênitas), social ou econômica (situação econômica não permite educar e criar filhos), médica (risco à saúde da mulher) e sentimental (quando existe o desejo de não ter filhos). Por fim, Azevedo faz ainda um apelo para a mudança das leis no país, que ainda não fazia diferenciação entre os métodos de controle de natalidade, proibindo os médicos de realizarem as indicações do método Ogino-Knaus (Azevedo, 1936 apud Rohden, 2003, p. 113-116).

Ao legitimar esse método o diferenciando dos outros, Rohden destaca que os médicos encontraram uma solução em torno da sua relação com os contraceptivos. Considerado um tema imoral, arriscavam perder sua legitimidade caso tratassem do tema, mas, ao não fazê-lo, perdiam espaço para outros profissionais que, percebendo a demanda cada vez maior, se encarregavam de ofertar meios para tal. A saída foi conferir legitimidade parcial à contracepção, desde que sob o estrito controle dos próprios médicos, que determinariam quando haveria “indicação científica”, e sob o aval religioso da Igreja Católica (Rohden, 2003, p. 111-112). Ainda com essa diferenciação, justificavam o uso do método a partir da “lógica de combater um mal maior (práticas neomalthusianas e aborto criminoso) por um menor (continência periódica)” (Rohden, 2003, p. 113). É interessante notar que tal legitimação acaba admitindo médica e religiosamente alguma separação entre sexualidade e reprodução, ainda que nos limites estabelecidos pela “natureza”/Deus. Reconhece, sobretudo, que a fertilidade/fecundidade/reprodução não estão disponíveis durante todo o ciclo menstrual, também abrindo caminho para uma separação “natural”.

Ao mesmo tempo, persistem defesas do incentivo à maternidade, principalmente nas classes mais altas, com o objetivo de “aprimoramento da raça”, como exemplifica Rohden a



partir de outra resenha de um artigo publicado originalmente em 1937 nos Estados Unidos por Montgomery (*Annaes Brasileiros de Gynecologia*, 1937 apud Rohden, 2003, p. 117). Assim, a legitimação da contracepção se justificava apenas na medida em que se aplicasse a situações e grupos específicos, e tinha o mesmo fim que a exaltação da maternidade para outras situações e grupos: o aprimoramento da raça e da nação. Rohden resume as normativas médicas da época da seguinte maneira:

Em primeiro lugar, há uma constante afirmação de que o médico, ao lado dos legisladores, deve tomar a frente no estudo e controle das questões relacionadas à reprodução, especialmente no que tange ao controle de natalidade. (...) A partir da vontade de coibir o nascimento de indivíduos ‘indesejáveis’, até mesmo a esterilização é defendida como um meio legítimo. Mas, com relação aos indivíduos considerados ‘normais’, a questão é outra. A julgar pela posição de Azevedo (1936), poder-se-ia até admitir a contracepção, exclusivamente através do método de Ogino-Knaus, que não é visto como imoral, mas desde que haja uma indicação científica para o caso. Entretanto, em termos gerais, para os casais ‘saudáveis’, o que parece imperar é a lei da procriação. Para esses, todas as formas de controle da natalidade, desde as práticas neomalthusianas até o aborto, são condenadas. E longe de se prever a contracepção, prega-se a valorização da maternidade e da vida familiar (Rohden, 2003, p. 118).

É importante reafirmar aqui que quando se refere aos “indesejáveis”, trata-se daqueles que eram enquadrados como os que enfraqueciam “a raça”, principalmente doentes, pobres e/ou não reconhecidos como brancos. Já o aperfeiçoamento da população estaria ligado ao aumento da natalidade nas classes altas, havendo uma considerável sobreposição entre classe e raça (Rohden, 2003, p. 117). A maternidade e infância a serem protegidas e estimuladas no país no início do século XX não diziam respeito, portanto, à maior parte da população. Práticas de interdição da maternidade não branca e de outros “degenerados” não eram necessariamente consideradas um problema, podendo ser estimuladas.

Principalmente após o golpe que instaurou em o Estado Novo em 1937, Getúlio Vargas implementou um Estado forte, que obrigava a representação trabalhista, encomendava sambas cívicos, formava jovens via instrução religiosa e esportes, bem como continuava com as reformas higienistas e sanitaristas. Segundo Borges, o que uniu o governo foi o nacionalismo e o catolicismo, bem como a continuidade das metáforas organicistas de governo. Foram esses fatores que justificaram também, depois de décadas de estímulo à imigração, a “campanha de nacionalização”: o fechamento de escolas de línguas estrangeiras, proibição do uso dessas línguas em espaços públicos (inclusive religiosos) e das organizações comunitárias, publicações, sociedades recreativas, esportivas e culturais de imigrantes, visando a garantir a integridade do corpo da nação (Borges, 1993; Seyferth, 1997). Após a entrada do Brasil na guerra em 1942, os esforços de nacionalização se intensificaram, principalmente em torno dos

imigrantes e descendentes de alemães, italianos e japoneses, que se tornaram potenciais “inimigos da pátria”. Essa preocupação com a integração dos europeus imigrantes e seus descendentes estava vinculada também à busca nacional pela miscigenação e conseqüentemente, segundo os ideais e crenças da época, branqueamento da população (Seyferth, 1997, p. 96-98)<sup>50</sup>.

Nesse quadro, Fabíola Rohden mostra como é nessa época que se chega ao “ápice de um processo de conexão entre o pensamento médico sobre a mulher, a noção de uma medicina intervencionista e bastante próxima do Estado e a propagação mais acentuada de ideias eugênicas (Rohden, 2003, p. 179). Conforme Rohden, há nesse momento histórico uma valorização da maternidade e da infância ainda mais intensa, e o papel da ginecologia e da obstetrícia, em uma maior aproximação do Estado, se torna ainda mais central. A autora considera a década de 1940 um marco da aproximação de obstetras e ginecologistas com o Estado na criação de políticas relacionadas ao tema (Rohden, 2003, p. 203-206).

Também relevante para essa tese, cuja construção se fundamenta em grande parte na observação participante de congressos de ginecologia e obstetrícia, é a descrição de Rohden do primeiro desses congressos em 1940, promovido pela Sociedade Brasileira de Ginecologia<sup>51</sup>, na qual se vê a “aproximação dessas especialidades médicas com os programas do Estado e de um relativo aumento de seu prestígio” (Rohden, 2003, p. 206). O presidente Getúlio Vargas e o ministro da educação e saúde Gustavo Capanema apoiaram a realização do congresso, com esse último presidindo sua sessão inaugural. Em seu discurso, o ministro enfatizou a importância da “saúde materna, da maternidade vigorosa e perfeita” a fim de que seja alcançada a “qualidade do homem”, seu “valor biológico”, moral e intelectual. Só assim seria possível tornar a “pátria, cada vez mais, numerosa na população, forte e segura no espírito, empreendedora, honrada, ilustre” (*Annaes Brasileiros de Gynecologia*, 10, p. 278-279, 1940 apud Rohden, 2003, p. 210). É nesse contexto que o ministro destaca a importância do congresso e o apoio do governo a ele. Os médicos, de outro lado, colaboram entusiasmadamente com a missão e, com ela, ganham progressiva legitimidade. Chegam a votar, no mesmo

---

<sup>50</sup> Conforme Giralda Seyferth (1997), a preocupação com os “quistos étnicos”, principalmente em relação aos alemães do Sul do Brasil, já se dava desde 1880 com Silvio Romero, que já defendia que os europeus imigrantes fossem distribuídos por todo o país em prol do branqueamento da população e que houvesse intervenção no sul do país em prol da assimilação e caldeamento (Seyferth, 1997, p. 96).

<sup>51</sup> Segundo Rohden (2003), a Sociedade Brasileira de Ginecologia surge a partir da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil, fundada em 1897. Na comissão organizadora deste primeiro congresso, havia membros do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Bahia.

congresso, uma “moção de louvor e incentivo ao presidente Vargas, pelas constantes e acertadas medidas em favor da maternidade” (Rohden, 2003, p. 212).

Nesse momento, parece haver um consenso em torno da necessidade do aumento populacional como uma etapa necessária para melhoria da qualidade e do crescimento da “raça” e da “nação”. Considerada uma pré-condição para as iniciativas eugênicas, a ênfase recai sobre ela, fazendo com que haja menor destaque à esterilização ou qualquer outra forma de controle de natalidade. Assim, havia uma preocupação tanto com quantidade quanto com “qualidade” da população, mas a segunda parecia depender da primeira (Rohden, 2003, p. 224-324). Conforme Borges (1993), o movimento eugenista brasileiro nunca chegou a um consenso em torno da esterilização dos “degenerados”. Segundo esse autor, o escândalo em torno das políticas raciais nazistas e a proibição da esterilização e da contracepção pela Igreja Católica com a encíclica *Casti Connubii* em 1930 impediu uma coalizão conservadora em torno do tema (Borges, 1993, p. 255). A ideologia do branqueamento - agora acobertada pelo mito da democracia racial - possivelmente fazia com que o incentivo à natalidade fosse visto como suficiente para tornar o país mais branco<sup>52</sup>. Como havia também uma preocupação por parte do governo com ocupação “insuficiente” de regiões do país - considerado um problema de soberania nacional - o incentivo à natalidade prevaleceu como solução, pelo menos no discurso público.

Por fim, Rohden (2003) chama atenção novamente para o lugar ocupado pelas mulheres nesse enquadramento da nação promovida à época pelo governo em conjunto com os ginecologistas e obstetras. No material analisado, as mulheres aparecem como um meio para o fim da “propagação da espécie e do progresso da nação”, não sendo reconhecidas como sujeitos. Quando há reconhecimento de sua importância, é restrito ao seu papel na procriação e educação dos filhos, sem abertura à possibilidade do exercício de outras funções. E mesmo quando se defende que tenham direito à educação, é com base na preocupação com seus filhos (homens) e o que possam fazer pela nação e melhoramento da raça. Não sendo um fim em si mesmas, se adquirem maior importância no debate público é apenas porque a reprodução - único papel que lhes é atribuído - vira um assunto de interesse nacional (Rohden, 2003, p. 215).

---

<sup>52</sup> Lelia Gonzalez (2011) sugere que é a articulação entre ideologia do branqueamento e o mito da democracia racial que fazem com que racismo no Brasil assumam uma forma tão particular. Segundo a autora, quem teria melhor sintetizado o tipo de relação racial existente na sociedade brasileira, que nega o próprio racismo que o constitui enquanto país, teria sido Millor Fernandes, ao dizer que “no Brasil não existe racismo porque os negros reconhecem o seu lugar” (Gonzalez, 2011, p. 16).

Assim, chamo atenção novamente aqui para a interferência da ginecologia na produção de diferenças e reforço que é apenas a partir dessa coprodução da ciência, gênero, raça e nação que se viabiliza a legitimidade médica e religiosa de (alguma forma) de separação entre sexualidade e reprodução. Nesse sentido, vemos aqui como nesse momento histórico a questão da “liberdade das mulheres” ou de seus “direitos” não aparece enquanto argumento para tal legitimação, que se dá com base na busca por aprimorar a raça e a nação. Além disso, a consolidação como fato científico de que os ciclos menstruais, enquanto norma, são compostos por fases de fertilidade e fases de infertilidade, também fundamentou a legitimação moral e médica da separação entre sexualidade e reprodução, fazendo dela algo “natural” e mais facilmente enquadrada como em consonância com a moral religiosa de não intervenção. Na próxima seção, tratarei das negociações entre diversos interesses - principalmente entre as décadas de 1920 e 1950 nos Estados Unidos - que acabaram por dar mais legitimidade à contracepção e por viabilizar uma concepção científica de contracepção, que acabaria culminando na materialização da pílula anticoncepcional.

#### **1.6. Da legitimação à “cientificização” da contracepção**

Adele Clarke (1998), em seu livro *Disciplining Reproduction*, descreve a invenção e consolidação das ciências reprodutivas enquanto área relativamente autônoma que produz e delimita enquadramentos em torno do sexo e da reprodução, com efeitos importantes em como entendemos tais categorias hoje. De interesse especial aqui é o capítulo que tem como foco as negociações que se deram entre 1925 e 1962 e que produziram uma concepção “científica” de contracepção<sup>53</sup>. Tais negociações envolveram os defensores do controle de natalidade e os cientistas da reprodução. Segundo a autora, durante esses anos, esses diferentes grupos “foram reconstituídos, transformados e, finalmente, integrados, se não fundidos, por meio de um acordo que atendeu às necessidades e objetivos, então revistos, de cada grupo” (Clarke, 1998, p. 163).

---

<sup>53</sup> Clarke (1998) chama de “métodos simples” os que utilizam baixa tecnologia, que não dependem de pesquisa “básica” e que cientistas tendem a achar não científicos. Segundo a autora, “Os meios simples são, de fato, relativamente simples de usar. O controle está nas mãos do usuário; o uso pode ser interrompido a qualquer momento; geralmente podem ser usados ou não no momento de uma determinada relação sexual; os efeitos são localizados no sistema reprodutivo; e a maioria é segura o suficiente para ser distribuída no balcão.” São exemplos: espermicidas, métodos de barreira, duchas, rítmico, “calor” testicular e ervas. Por outro lado, os métodos científicos são os de alta tecnologia, como os DIUs, a esterilização cirúrgica, as vacinas e os hormônios injetáveis, implantáveis e em pílulas. Clarke enfatiza: “Os métodos hormonais (pílulas, injetáveis, implantáveis) são sistêmicos; a esterilização era e ainda deve ser considerada permanente e envolve uma grande cirurgia (sob anestesia geral) para a mulher; Os DIUs devem ser inseridos por pessoal especialmente treinado. Todos requerem intervenção médica para iniciação, monitoramento de segurança ou remoção. Todos derivam de uma extensa pesquisa “básica”. De acordo com o FDA, nenhum pode ser distribuído com segurança ao balcão” (Clarke, 1998, p. 170-171).

Clarke (1998) divide os defensores do controle de natalidade em três grupos, cujas relações entre 1925 e 1945 levaram à consolidação de uma plataforma em torno da defesa dos contraceptivos: leigo, médico e social/acadêmico (eugênico e neomalthusiano). O primeiro deles estaria relacionado aos movimentos de base espalhados pelo país, em sua maioria socialistas ou trabalhistas. Dois nomes que ela destaca, nesse sentido, são Emma Goldman e Margaret Sanger. A primeira, anarquista, passou a defender publicamente o controle de natalidade como forma de libertação individual, diferente da ênfase econômica dada pelos neomalthusianos. Sanger, influenciada por ela, teve mais sucesso na criação de um movimento de massas. Para isso, no entanto, teve que ceder e adaptar muitas das suas demandas iniciais em torno do “*birth control*”, nomenclatura que inventou justamente para se diferenciar, em um primeiro momento, dos movimentos neomalthusianos (Clarke, 1998; McLaren, 1990, p. 251).

Sanger foi uma enfermeira que forjou seu interesse pelo controle de natalidade ao tratar mulheres pobres que realizavam abortos inseguros que as deixavam doentes ou mesmo as levavam à morte. A partir daí, transformou-se em uma importante ativista ao proferir palestras pelo país entre 1915 e 1917, fazendo da defesa do controle de natalidade também uma questão de liberdade de expressão. Abriu a primeira clínica de controle de natalidade dos Estados Unidos, no Brooklyn, e foi presa pela primeira vez em 1915 por distribuir contraceptivos, o que lhe deu bastante visibilidade nacional e a tornou uma das principais líderes pelo controle de natalidade fora do campo médico e científico (Clarke, 1998, p. 171). Em 1921, um ano após a conquista do direito ao voto pelas mulheres nos Estados Unidos, Margaret Sanger e colegas fundaram a *American Birth Control League (ABC League)*, chegando a 37 mil membros já em 1926. A principal atuação da liga era a construção de clínicas de controle de natalidade que forneciam contracepção com orientação médica a mulheres. Contudo, sua retórica sofreu mudanças importantes ao longo do tempo, indo de uma ênfase na autonomia feminina em direção a preocupações eugênicas e neomalthusianas, sobretudo por conta das alianças que se viu obrigada a construir (Clarke, 1998, p. 172).

Quanto ao movimento eugênico, houve uma modificação em suas estratégias. No início do século, a maioria se opunha ao controle de natalidade por conta do medo que mulheres das classes mais altas o utilizassem de maneira mais efetiva que as outras classes e, assim, advogava apenas pela esterilização para os que consideravam “degenerados”. Contudo, acabaram por ficar sem opções após a repercussão dos atos nazistas na década de 1930. Com a Grande Depressão e o aparecimento de uma preocupação em torno dos custos da previdência social, passaram a defender então a necessidade de “democratizar a contracepção”. Estava em jogo

também a percepção de que não era mais possível impedir que as classes altas utilizassem anticoncepcionais, então a alternativa era promovê-los também entre os pobres (Clarke, 1998, p. 178-179).

Já nos anos 1930, Sanger cedeu, a contragosto, ao discurso do “planejamento familiar”, indicando uma maior influência dos eugenistas. A mudança, em 1942, do nome da organização fundada em 1939 para unir os defensores do controle de natalidade, de *Birth Control Federation of America* para *Planned Parenthood Federation of America* (PPFA), era sintoma dessa concessão aos eugenistas. Sua influência sobre o movimento, bem como a militância feminista em torno do tema, começava a decair (Clarke, 1998, p. 173).

No mesmo sentido, a influência do neomalthusianismo também cresceu significativamente nessa época, quando adentrou a arena científica por meio do estudo dos fenômenos populacionais, a demografia. Muitos passaram a afirmar a correlação entre a capacidade de criar filhos e a posição socioeconômica, fazendo com que a preocupação com o “controle populacional” também tivesse como alvo populações não brancas e pobres dentro e fora dos Estados Unidos, o que os aproximava do movimento eugênico<sup>54</sup>. Tal preocupação estava também ligada com a independência de duas nações populosas como Índia e Indonésia, em 1947 e 1949 respectivamente, somadas aos receios do bloco ocidental em torno do sistema político que adotariam em meio à Guerra Fria. Ademais, o crescimento cada vez mais rápido da população na África, Ásia e América Latina pressionava as nações desenvolvidas, que consideravam mais um fator a aumentar a insatisfação, o que poderia levá-los a se aproximar do comunismo (Marks, 2001, p. 14). Com o tempo, essas preocupações em torno do tema da superpopulação ou da “explosão demográfica” se proliferaram em diferentes mídias, gerando bastante interesse no tema e nas questões reprodutivas<sup>55</sup> (Clarke, 1998, p. 181-183). Segundo Clarke, em 1945, a “retórica do controle de natalidade que enfatizava os direitos das mulheres e a liberdade para que todos desfrutassem da sexualidade sem medo de gravidez se transformou em promoção de um planejamento familiar direcionado à economia” (Clarke, 1998, p. 173-174, tradução minha).

---

<sup>54</sup> Desde os anos 1930 já havia programas estabelecidos em Porto Rico, território dos EUA desde 1898, para difusão de diafragmas, espermicidas e esterilização cirúrgica. Foi essa rede que serviu de suporte para a posterior testagem da primeira pílula anticoncepcional antes de sua aprovação nos Estados Unidos (Clarke, 1998, p. 181).

<sup>55</sup> Uma organização central, nesse sentido, foi a *Population Council*, fundada em 1952 pela *Rockefeller Foundation*, e por meio da qual os dispositivos intrauterinos modernos foram desenvolvidos. Essa instituição foi central na consolidação de aliança entre movimentos leigos, médicos, eugênicos e a favor do controle populacional, sendo uma fonte importante de financiamento das ciências reprodutivas (Clarke, 1998, p. 181-183). Da mesma forma, a Fundação Ford foi a principal fonte de investimento privado no campo da população até fim dos anos 1960, financiando atividades próprias, bem como da PPFA e da *Population Council* (Marks, 2001, p. 27).

Em conjunto com a mudança retórica, os médicos foram assumindo uma posição proeminente na liderança do movimento e o tipo de contraceptivo considerado “ideal” também se alterou. Sanger cedeu autoridade aos médicos ao se dedicar à defesa e investimento em pesquisa com diafragmas - primeiro contraceptivo que necessitava dos profissionais. Segundo Clarke, “ela teria calculado que o preço da aceitação da contracepção pelo mundo médico seria seu monopólio desse novo serviço”. Além disso, ela entendeu que “nada poderia trazer maior prestígio à contracepção que tê-la associado à mágica da ciência médica” (Clarke, 1998, p. 175, tradução minha). Contudo, nos anos 1930, quando a preocupação se transformava predominantemente em “populacional” e eugênica, passou-se a buscar formas de contracepção mais baratas e fáceis de utilizar, já que tinham como alvo os “ignorantes”, “pobres”, “indigentes” ou “tipos sociais inferiores”; ou seja, populações que não tinham acesso a médicos ou clínicas que pudessem prescrever e fazer a medição do diafragma. Apesar da resistência de Sanger, alternativas começaram a aparecer, que se dividiam entre os métodos “simples” aprimorados - por exemplo, espermicidas mais eficazes - e os novos métodos “científicos” - na época, principalmente os hormonais e as vacinas contraceptivas. Em 1940, com o acordo entre as diferentes frentes do movimento mais consolidado, os defensores do controle de natalidade passaram a procurar os cientistas da reprodução buscando soluções científicas, mais eficazes e que dependessem menos da cooperação individual (Clarke, 1998, p. 175-176).

No meio médico, o controle de natalidade se tornou amplamente aceito apenas nos anos 1950, quando a contracepção já tinha sido consolidada como um problema médico e “científico”. Mas já em meados dos anos 1930, muitos médicos passaram a ecoar as preocupações eugênicas em torno da falta de acesso dos pobres às clínicas e a afirmar que seriam incapazes de aprender a utilização correta do diafragma. A partir daí, passaram a discutir quais os métodos que exigiriam menos motivação e habilidade dos usuários, vistos como os melhores para atingir tal público. A preferência dos médicos pelos métodos científicos estava relacionada às práticas da medicina da época que partiam de uma aversão histórica aos métodos mais simples disponíveis (Clarke, 1998, p. 176-179).

Por fim, nos anos 1950, esses diversos grupos se alinharam em torno da retórica do planejamento familiar e do controle populacional, que unia a “cientificidade” da demografia e das ciências reprodutivas, omitia a ideia de controle de natalidade eugênico, soava objetivo e permitia que o racismo se expressasse de forma “neutra” ao se referir a populações inteiras. Ademais, o financiamento privado para o controle populacional, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, cresceu significativamente, angariando mais aliados que os discursos

eugênicos “tradicionais”. Nessa época, feministas que continuavam focando na autonomia já haviam abandonado o movimento, atuando mais localmente nas clínicas que forneciam acesso de contraceptivos às mulheres (Clarke, 1998, p. 184-185).

Aqui, vemos pela primeira vez forças políticas feministas fazendo diferença na legitimação mais ampla da separação entre sexualidade e reprodução, inclusive com o argumento da “libertação sexual”, “direitos das mulheres” e até da liberdade de expressão. Contudo, apesar de importante, não foi a principal força política, tampouco teria sido suficiente se sozinha. Nesse sentido, as práticas ligadas à eugenia e “degeneração” e as preocupações populacionais e demográficas foram fundamentais e acabaram por dominar o debate. A apreensão em torno do “problema da superpopulação” - que condensava também as ansiedades raciais e econômicas dos envolvidos - tornou-se cada vez mais relevante, unindo interesses diversos. Como consequência dessa preocupação e da importância atribuída aos médicos para a legitimidade da contracepção, houve uma mudança significativa no tipo de dispositivo considerado “ideal”. Buscando formas contraceptivas menos exigentes em termos de motivação e habilidade, há uma progressiva medicalização da contracepção e uma reapresentação como “científica” e “moderna”.

Ao mesmo tempo, houve um distanciamento gradual das bandeiras feministas da discussão, bem como de sua participação enquanto movimento, ainda que Margaret Sanger tenha permanecido na sua busca, transformando-se nas negociações e permanecendo como símbolo associado à causa. Contudo, diferente do que a leitura da história da pílula descrita no sítio “Vamos Decidir Juntos” pode indicar, não foram as demandas por liberdade e direitos das mulheres que convenceram os médicos e outros atores a se engajarem na formulação dos contraceptivos ou de emprestarem seu prestígio a eles. Como vimos, possivelmente se fossem as demandas feministas que tivessem como força mais importante do processo, os investimentos teriam sido em outras formas de contracepção que não as “científicas”.

### **1.7. Da “hormonização” da diferença à materialização da pílula**

Paralelamente a esses acontecimentos, dava-se a “invenção” dos hormônios sexuais como “mensageiros” dos sexos e produto farmacêutico a ser consumido. No artigo “O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos”, Rohden (2008) aborda a progressiva substituição, nos argumentos científicos do início do século XX, de uma lógica da diferença sexual por outra, embora ambas estivessem em continuidade no que se refere à “conexão entre comportamento feminino e órgãos reprodutivos ou, mais especificamente, entre perturbações



mentais ou morais e problemas com os ovários” (Rohden, 2008, p. 145). Trata-se da substituição de uma lógica que se pautava pelo “excesso” da sexualidade feminina e da própria feminilidade por uma lógica da falta, traduzida em termos de insuficiência de feminilidade, expressa na falta de desejo (hetero)sexual ou na capacidade de procriar.

Nessa direção, as formas de intervenção também se modificaram, indo da extração dos ovários à reposição de substâncias produzidas por eles, a fim de “reequilibrar” física e mentalmente as mulheres. Tais substâncias, performadas desde então como “hormônios sexuais”, foram atores fundamentais nessa transição de lógicas. Nesse novo modelo, as mulheres já não eram governadas pelos ovários, mas pelos hormônios, que determinariam sexo e gênero, bem como suas perturbações corporais e mentais (Rohden, 2008, p. 145-147).

Nelly Oudshoorn (1994), em seu trabalho sobre a história dos “hormônios sexuais”, mostra como, no início do século XX, a mudança de um paradigma biológico para um paradigma bioquímico foi importante para que os organismos passassem a ser explicados em termos de agências químicas. Dessa forma, os “mensageiros químicos” produzidos nas gônadas (testículos e ovários) foram chamados de hormônios sexuais e, informados pela “ideia pré-científica” da dualidade sexual, passaram a ser entendidos como os mensageiros químicos da masculinidade e da feminilidade. Assim, até a década de 1920, esses hormônios eram enquadrados como específicos, sendo a testosterona associada exclusivamente à masculinidade e o estrogênio à feminilidade. No fim da mesma década, começam a aparecer relatos da identificação de “hormônio sexual feminino” em homens e “hormônio sexual masculino” em mulheres, o que foi recebido com bastante surpresa e mesmo resistência. Além disso, foram formuladas diversas hipóteses que buscavam explicar essa ambiguidade dos hormônios de forma a manter a especificidade corporal e as fronteiras sexuais bem definidas.

Segundo Oudshoorn (1994), os bioquímicos foram fundamentais na modificação do enquadramento, definindo os hormônios como componentes de corpos variados, rompendo com uma divisão entre “hormônios sexuais masculinos” e “hormônios sexuais femininos”. O que se estabeleceu, por fim, foi uma teoria quantitativa do sexo e do corpo introduzida pelos endocrinologistas, que passaram a colocar a diferença entre homens e mulheres como uma diferença de grau e de quantidade de hormônios. Esse novo modelo acabou por abrir espaço para algumas ambiguidades, como as categorias “homens femininos” e “mulheres masculinas”, desembocando inclusive em teorias hormonais sobre a homossexualidade.

Apesar dessa abertura à ambiguidade, Rohden (2008) mostra que a centralidade hormonal na diferenciação sexual se torna predominante, a partir da década de 1920, nos

trabalhos médicos brasileiros por ela analisados. A partir da ideia de “substancialização da diferença”, chama a atenção para o fato de que, apesar da variação de seu objeto, há uma continuidade em relação à necessidade de alguma forma de “materialização do gênero” que o fundamente e determine. Além disso, segundo a autora, essas “renovadas formas de ‘essencialismo’ têm implicado delimitar o que seria do plano natural, supostamente imutável, e o que se enquadraria no plano social ou cultural, passível de transformação” (Rohden, 2008, p. 148-9).

É, portanto, desde os anos 1920 que produtos com base nos chamados “hormônios femininos” vêm sendo indicados para os mais diversos “problemas” para as mulheres. Primeiramente recomendados para “desordens menstruais” e para menopausa, sua indicação foi estendida, ainda na década de 1920, para problemas dermatológicos, psicológicos, oftalmológicos, para epilepsia e diabetes, dentre outros (Oudshoorn, 1994, p. 92-93). Contudo, foi apenas a partir de 1950 que o controle reprodutivo se tornou um uso possível desses medicamentos, mesmo que já fossem utilizados como tratamento para “regular” o ciclo menstrual. Embora os responsáveis pela Organon - empresa que se dedicava aos estudos dos hormônios chamados sexuais à época nos Países Baixos - soubessem dessa possibilidade desde 1933, viam na contracepção um tema muito controverso no país e decidiram por não pesquisar ou promover tais hormônios para esse fim (Oudshoorn, 1994, p. 96-98).

Oudshoorn (1994) argumenta ainda que a produção e promoção dos hormônios ditos femininos como “drogas científicas” só se tornou possível por conta da necessidade mútua entre ginecologistas e empresários da indústria farmacêutica, ambos empenhados em consolidar sua legitimidade científica. Por um lado, os clínicos possibilitaram à indústria um contexto institucional para a organização de ensaios clínicos a fim de negociar o perfil do medicamento como científico, além de proporcionar uma clientela, com doenças e problemas sujeitos a tratamento hormonal. Por outro lado, os ginecologistas obtiveram uma nova classe de drogas que servia a seus esforços para serem reconhecidos como um ramo científico da medicina, o que os diferenciava daqueles que denunciavam por charlatanismo. A padronização das medidas e preparações hormonais possibilitadas pelos laboratórios os convencia que, assim, sua prática se tornava menos sujeita a variações subjetivas e, portanto, mais científica. Foi assim que os hormônios femininos se estabilizaram ao unir ambos interesses, gradualmente se transformando

tanto em um grande negócio quanto em uma grande conquista científica<sup>56</sup> (Oudshoorn, 1994, p. 108-109).

Lara Marks (2001), cujo trabalho histórico sobre a pílula anticoncepcional se chama “Sexual Chemistry”, mostra como o desenvolvimento de um contraceptivo hormonal como a pílula exigiu não apenas um ambiente mais propício à discussão sobre controle de natalidade - o que, como vimos, progressivamente se obteve na primeira metade do século XX - mas também avanços materiais importantes. Até o início da Segunda Guerra, os hormônios eram muito caros e tinham uma oferta bastante limitada, sendo necessária uma grande quantidade para serem eficazes. A partir dos anos 1930, teve início uma busca por formas mais baratas de sintetização de hormônios, mas a diferença crucial aconteceu na década de 1940: a descoberta pelo químico Russel Marker, patrocinado pela empresa Parke-Davis, de um inhamo selvagem mexicano que produzia uma grande quantidade de diosgenina, substância que se utilizava para produção de progesterona (Marks, 2001, p. 61-65).

Apesar dessa inovação, a Parke-Davis não levou adiante o financiamento de Marker em seu objetivo de quebrar o monopólio europeu em torno da produção de hormônios. Para isso, era necessário abrir um laboratório no México, o que acabou fazendo com seu próprio dinheiro. Após algum tempo, associou-se ao laboratório Hormona, uma pequena empresa na Cidade do México que reunia cientistas refugiados da Europa e seus regimes fascistas, recrutados nos anos 1930. Em 1944, Marker finalmente convenceu os donos da empresa, Emerik Somlo e Frederico Lehmann, a se juntarem a ele na criação de uma nova empresa chamada Syntex, que logo se tornou uma líder mundial no fornecimento de progesterona. Contudo, Marker logo deixou a empresa por conflitos financeiros e a continuidade de seu trabalho se deu graças à contribuição posterior de dois outros químicos: o judeu húngaro George Rosenkrantz e o judeu americano nascido em Vienna, Carl Djerassi (Marks, 2001, p. 66-68).

Além das inovações na produção de cortisona, Djerassi foi importante, junto com o estudante mexicano Luis Miramontes, no desenvolvimento de um composto puro de progesterona chamado noretisterona, o primeiro capaz de ser utilizado como contraceptivo oral. Foi produzido em 15 de outubro de 1951 em meio a busca por novos derivados sintéticos para tratar “problemas menstruais” e abortos recorrentes, sem haver reconhecimento inicial de suas

---

<sup>56</sup> Oudshoorn contrasta esses avanços com os hormônios “masculinos” para homens, que não tiveram o mesmo sucesso. Primeiro, por conta da falta de uma especialidade equivalente à ginecologia que pudesse fornecer um mercado organizado e uma rede de pesquisa, mas também porque contrariava valores estabelecidos e colocava em risco a imagem científica da empresa Organon. Isso se deu tanto no caso da menopausa masculina quanto da contracepção, nos quais a empresa acabou desistindo de promover produtos hormonais (Oudshoorn, 1994, pp. 109-110).

propriedades contraceptivas. Pouco tempo depois, em 1952, o químico americano Frank Colton da empresa *G. D. Searle*, pequena empresa da região de Chicago que também vinha investindo na pesquisa com esteroides, chegou a um composto chamado noretinodrel, um progestágeno também ativo oralmente que poderia servir como anticoncepcional. Além disso, fundamental para a materialização da pílula anticoncepcional foi o fato de que um dos consultores da *Searle* era Gregory Pincus, um biólogo que acabara de aceitar a sugestão de Margaret Sanger de desenvolver uma pílula anticoncepcional e, por isso, vinha solicitando à empresa substâncias potencialmente contraceptivas (Marks, 2001, p. 70-72).

Gregory Pincus foi um biólogo interessado em endocrinologia e funções reprodutivas que havia começado sua carreira em Harvard e ganhou reconhecimento internacional como pesquisador de hormônios. Contudo, após a publicação de um estudo polêmico sobre partenogênese em 1937, teve sua posse negada em Harvard, sendo obrigado a continuar sua carreira fora da universidade. Em 1940 fundou uma organização de pesquisa chamada *Worcester Foundation for Experimental Biology*, privada e sem fins lucrativos. O principal problema que enfrentavam era de financiamento. No fim da mesma década, Pincus contatou a *G. D. Searle*, que já havia patrocinado outros de seus projetos, e os persuadiu a investir nos produtos hormonais, tornando-se consultor da empresa (Oudshoorn, 1994, p. 115).

Até 1951, quando Margaret Sanger o encontrou, Pincus não tinha nenhum interesse específico em contracepção, mas ela o convenceu da necessidade de um “contraceptivo universal” por meio do argumento da “explosão demográfica”. Além disso, Sanger mediou um importante financiamento advindo de Katherine McCormick, uma das primeiras biólogas a se graduarem no *Massachusetts Institute of Technology* e herdeira de uma fortuna considerável. Ela financiou toda a pesquisa em torno da pílula, tendo a *Searle* disponibilizado apenas seus compostos hormonais. Assim, a pílula nasceu às margens das instituições acadêmicas consolidadas e sem financiamento governamental (Oudshoorn, 1994, p. 116).

Pincus se concentrou em uma linha de pesquisa que já havia sido iniciada em 1937, que tratava dos efeitos da progesterona na ovulação. Primeiro coordenou pesquisas com progesterona em coelhas<sup>57</sup>, confirmando que o hormônio funcionava como contraceptivo. Para testar em humanos, no entanto, precisaria de uma clínica. Foi aí que se deu a entrada de John Rock, católico e professor de ginecologia e obstetrícia de Harvard que já havia colaborado com

---

<sup>57</sup> De fundamental importância para essas primeiras pesquisas também foram o biologista reprodutivo sino-americano Min Chueh Chang e as técnicas Anne Merrill e Mary Ellen Fitts Johnson. O trabalho dessas últimas exigia um grande conhecimento do ciclo reprodutivo desses animais, trabalho de laboratório manual demorado e criatividade para trabalhar em locais com infraestrutura precária (Marks, 2001, p. 91-92).

Pincus em outros projetos. Rock era diretor do *Free Hospital for Women*, clínica de infertilidade, e vinha testando a progesterona entre mulheres com o propósito contrário, tratar infertilidade. Apesar dessa diferença, eles tinham abordagens similares, trabalhavam em diferentes aspectos de um mesmo problema e se interessavam pelo mesmo tipo de solução hormonal. Por um lado, Rock fornecia a Pincus as condições para testagem da progesterona como contraceptivo e servia como um “disfarce” para as pesquisas com contraceptivos, já que realizadas em Massachussets, estado no qual a contracepção era ilegal. Por outro lado, Rock ganhava porque a testagem prometia uma investigação mais ampla em torno do desenvolvimento de drogas possíveis para infertilidade<sup>58</sup> e, com a mediação de Pincus, teve acesso aos compostos hormonais disponibilizados pelas empresas farmacêuticas (Oudshoorn, 1994, p. 117).

Em um primeiro momento, perceberam que a progesterona funcionava melhor quando em forma injetável. Contudo, tal formato não preenchia as exigências para um contraceptivo “universal”. Em modo oral, funcionava apenas se fosse administrada em grandes quantidades, o que o tornava muito caro. Pincus então abordou diversas empresas farmacêuticas a fim de buscar amostras de progesterona sintéticas, recebendo duzentos compostos como resposta, que foram testados em busca de sua atividade oral. Primeiro escolheu os produtos da Syntex (noretisterona) e da Searle (noretinodrel), conhecidos como os 19 nor esteroides e, mais tarde, acabou ficando apenas com o da Searle. Assim, a entrega das progestinas pela empresa, a mediação de Pincus e a testagem na clínica de Rock ajudaram a consolidar a dependência mútua entre os três atores<sup>59</sup> (Oudshoorn, 1994, p. 117-118).

As primeiras testagens tiveram início em 1953 e foram realizadas com as mulheres com problemas de fertilidade do *Free Hospital for Women* e com enfermeiras voluntárias do *Worcester State Hospital*. O objetivo era observar seus ciclos menstruais “normais” - os chamados “ciclos-controle” - seguidos da observação de dois ciclos com a administração oral de noretisterona (da Syntex). Tal estudo exigia um alto grau de cooperação das mulheres, que

---

<sup>58</sup> O objetivo era estimular uma pseudogravidez, tornando as mulheres férteis após a interrupção do remédio (Marks, 2001, p. 93).

<sup>59</sup> Lara Marks (2001) destaca a importância da equipe de assistentes de John Rock, principalmente : Miriam Menkin e Celso Ramon Garcia. Menkin, especialista em fisiologia reprodutiva, contribuiu no desenho da pesquisa, no trabalho laboratorial e na supervisão dos testes clínicos com as pacientes. Embora tenha planejado se tornar médica, acabou tendo suas ambições frustradas pelas exigências familiares; ainda assim, obteve mestrado em zoologia e completou duas vezes os requisitos para obter doutorado em Harvard, mas não obteve o diploma por não conseguir pagar as taxas do curso. Garcia, hispano-americano nascido em Manhattan, era um ginecologista que foi fundamental para criação de um teste com estudantes de Medicina da *Puerto Rican School of Medicine* em 1955. O teste avaliava os efeitos dos contraceptivos em mulheres saudáveis. Também ajudou a desenhar os protocolos de exames físicos e a monitorar os efeitos colaterais durante a pesquisa (Marks, 2001, p. 94-95).

deveriam seguir diversos procedimentos, dentre os quais o monitoramento e registro cotidiano da temperatura corporal e do muco cervical, coleta de urina e realização de biópsias endometriais mensais. Duas das mulheres realizaram ainda cirurgias abdominais. Em 1954, 60 mulheres haviam participado da pesquisa em Massachusetts, mas apenas metade havia fornecido a informação necessária para comprovar que o composto tinha potencial contraceptivo. As mulheres inférteis acabavam sendo mais cooperativas, já que mais motivadas em tratar sua infertilidade. No mesmo ano ainda, Pincus começou a colaborar com pesquisadores de outros países, como Israel e Japão, a fim de testar as doses e formas de administração dos compostos (Marks, 2001, p. 96-97).

Já a partir desses primeiros testes, Pincus e Rock perceberam que as mulheres tratadas para infertilidade ficavam ansiosas em torno da ausência de sangramentos. Assim, chegaram à conclusão que provavelmente mulheres que utilizassem os hormônios como contraceptivo se sentiriam da mesma forma. A supressão menstrual não ajudava na construção de um “contraceptivo universal” e, dessa forma, modificaram o regime de administração das pílulas para que um sangramento ocorresse, o que já era feito no tratamento das “irregularidades menstruais” desde os anos 1940<sup>60</sup>. Esse se tornou o padrão em todos testes posteriores e tinham a intenção de “mimetizar a natureza” de um suposto ciclo menstrual “normal”. Tratava-se de uma resposta às objeções morais a drogas que interferissem na menstruação e no que se considerava natural e, por essa razão, Pincus e Rock insistiam que a pílula não ia contra a natureza (Oudshoorn, 1994, p. 119-120).

Apesar dos primeiros testes mostrarem resultados promissores, a pílula precisava ser experimentada não apenas com mulheres brancas de classe média em espaços institucionais. Inicia-se então a busca por grupos maiores e mais diversificados, a fim de ser possível testar sua aceitabilidade e provar sua segurança e eficácia. Um dos principais entraves para a continuidade das pesquisas em Massachusetts era o fato de que a contracepção era ilegal e, assim, foram discutidas as possibilidades de testes em grande escala em Nova Iorque, Porto Rico, Japão, Havaí, Índia e México. Um dos principais desafios era o alto grau de cooperação que os estudos exigiam das mulheres, que deveriam continuar tomando as pílulas diariamente sem a supervisão e se automonitorar para avaliação dos efeitos das drogas (Marks, 2001, p. 97-99).

---

<sup>60</sup> Segundo Marks (2001), Pincus também foi advertido por Frank Saunders, químico chefe da G. D. Searle, que a companhia não se associaria a um produto que interferisse na menstruação e na natureza (Marks, 2001, p. 94).

Antes de conseguirem uma pesquisa de grande amplitude, realizaram pesquisas menores em três ambientes: primeiro, com estudantes de medicina americanas fazendo residência na Escola de Medicina na Universidade de Porto Rico em 1955, coordenada por Celso Ramon Garcia, que teve pouca adesão, com apenas 13 das 23 completando o teste e muitas não seguindo todas as regras; em seguida, houve uma tentativa de pesquisa com presidiárias do *Women's Correctional Institute* em Vega Baja, também em Porto Rico, mas não foi possível porque as mulheres não aceitaram cooperar; por fim, houve testes com 15 mulheres diagnosticadas psicóticas internadas no *Worcester State Hospital* em 1956. Se por um lado, essas últimas eram facilmente monitoradas, por outro não mantinham intercurso sexual, tornando difícil precisar o impacto no risco de gravidez. Da mesma forma, tendiam a ter ciclos menstruais irregulares, o que dificultava avaliar o impacto na ovulação. No mesmo projeto foram incluídos ainda 16 homens a fim de saber o impacto que o composto poderia ter em sua fertilidade e de testar seu efeito na redução de comportamentos psicóticos. Era difícil, no entanto, obter amostras de sêmen para verificação dos efeitos das drogas (Marks, 2001, p. 99-100).

Enfim, Porto Rico foi escolhido por diferentes razões: havia médicos treinados nos Estados Unidos, o que os aproximava dos pesquisadores em termos da abordagem; era perto o suficiente para permitir supervisão e visitas frequentes para coleta de material; não havia leis de proibição da contracepção; contava com um movimento pelo planejamento familiar bastante ativo, com uma rede de clínicas de controle de natalidade já bem estabelecida; tinha pobreza e uma população crescente; havia mulheres com famílias grandes motivadas para a contracepção; havia mulheres analfabetas ou semianalfabetas, o que fazia da ilha um bom ambiente para teste, já que outras regiões com o mesmo perfil de usuárias eram o alvo da preocupação com “superpopulação”; por fim, tratava-se de uma ilha, podendo ser facilmente monitorada (Marks, 2001, p. 101).

Foram dois os principais locais nos quais a pesquisa de grande escala foi realizada: *Rio Piedras*, ambiente urbano cujo estudo foi coordenado pela médica Edis Rice-Wray<sup>61</sup> em 1956, e *Humacao*, ambiente rural cuja investigação foi coordenada pela médica americana Adaline

---

<sup>61</sup> Rice-Wray tinha treinamento nos Estados Unidos e, além de docente na Escola de Medicina de Porto Rico e diretora do Centro de Treinamento de Campo do Departamento de Saúde Pública, era diretora médica da Associação de Planejamento Familiar de Porto Rico e coordenava uma clínica de contraceptivos, onde também treinava médicos. Já havia também coordenado pesquisas com métodos de barreira convencionais. Ela foi importante, portanto, não só por sua experiência no campo do planejamento familiar como tinha os contatos necessários para acessar locais mais adequados para testagem da pílula. Ela ficou encarregada de recrutar participantes, distribuir as pílulas, monitorar as reações e coleta de dados (Marks, 2001, p. 101).

Satterthwaite<sup>62</sup> em 1957. O primeiro local, subúrbio de San Juan, foi proposto por Rice-Wray por fazer parte de um conjunto habitacional recém construído, o que fazia com que as famílias que ali moravam valorizassem sua nova acomodação e tornava improvável sua saída durante os testes. Muitas das participantes já haviam participado de pesquisas com contraceptivos de barreira, tinham famílias grandes, renda baixa e pouco suporte dos maridos. Para participar, era necessário que tivessem menos de 40 anos e aceitassem a possibilidade de gravidez em caso de falha da pílula. Eram divididas em dois grupos: as usuárias de pílula foram avisadas que se tratava de pesquisa sobre contracepção e as do grupo controle, que utilizavam métodos de barreira, foram informadas que era uma pesquisa sobre o tamanho das famílias. Eram comunicadas ainda que o estudo era conduzido pela Associação de Planejamento Familiar de Porto Rico, sem vínculos governamentais. Já em Humacao, as participantes trabalhavam em sua maioria cortando cana-de-açúcar e tinham um estado de saúde bem pior que as de Rio Piedras, muitas anêmicas por conta de parasitas e má nutrição. O dinheiro para essa pesquisa, também supervisionada por Pincus, veio do filantropo Clarence Gamble (Marks, 2001, p. 103).

Houve também dificuldades significativas. Além de contratempos na instrução do regime de tomada das pílulas, os efeitos colaterais faziam com que participantes abandonassem o estudo. Os principais relatados eram tontura, náusea, vômito e dores de cabeça<sup>63</sup>. Outros problemas que ocorriam nos estudos eram resistência dos maridos das participantes, mudança de localidade, desejo de engravidar ou de fazer esterilização. Contudo, com o tempo a substituição se tornou bastante fácil, porque havia mulheres já em lista de espera buscando ativamente pela pílula, já que a participação nos estudos era a única forma de obtê-las. Por fim, uma outra dificuldade foi a hostilidade que os pesquisadores encontraram no país. Como exemplo, Marks cita que trinta mulheres abandonaram a participação em Rio Piedras quando um jornal local denunciou o estudo como uma “campanha neomalthusiana” para esterilizar e machucar mulheres. Da mesma forma, em Humacao havia notícias negativas e padres que se opunham. No fim, as duas médicas que coordenavam as pesquisas abandonaram seus trabalhos em Porto Rico devido à oposição de seus colegas. O mesmo aconteceu em pesquisas subsequentes, também coordenadas por Rice-Wray, no Haiti e no México (Marks, 2001, p. 105-

---

<sup>62</sup> Satterthwaite era uma ginecologista e obstetra americana que atendia seus pacientes em um pequeno hospital e em uma clínica de planejamento familiar em Humacao. Uma das motivações principais de sua participação na pesquisa foi a possibilidade de uma alternativa à esterilização, bastante difundida em Porto Rico. O relato de experiências de mulheres arrependidas de terem realizado a esterilização a convenceu da importância de um método com eficácia e reversível (Marks, 2001, p. 103).

<sup>63</sup> Em Rio Piedras, Rice-Wray calculou uma taxa de 17% das participantes com tais reações. Em pesquisas no Haiti, Humacao e Cidade do México, uma média de 10 a 30% interrompia a participação, chegando ao número de 66% em Los Angeles, sendo pelo menos 37% por conta de efeitos colaterais (Marks, 2001, p. 105).



106). Logo após essas pesquisas iniciais, os ensaios se espalharam e, em 1960, já eram realizados em cidades como Seattle, Chicago, Los Angeles, Cidade do México e Hong Kong, e países como Haiti, Austrália, Sri Lanka, Japão e Grã-Bretanha, mas muitos dos procedimentos utilizados para testes com a pílula foram formulados nos primeiros ensaios em Porto Rico.

Finalmente, a G. D. Searle fez o primeiro requerimento ao FDA em 1957, buscando aprovação do Enovid<sup>64</sup> para irregularidades menstruais - como amenorreia, dismenorreia e menorragia - além de endometriose e infertilidade. O FDA aprovou esse uso em 60 dias, no dia 10 de junho de 1957. A Searle lançou a droga no mercado britânico no mesmo ano, com o nome Enavid, sem precisar passar por nenhuma revisão governamental formal, pois não existia no país à época. Apesar de não abordar diretamente a contracepção, a prevenção da ovulação já era um efeito amplamente conhecido entre cientistas que tinham acesso às publicações de Pincus. A partir daquele momento, portanto, os médicos já passaram a prescrever a pílula também para contracepção, já que não havia regulação da prática médica em nenhum dos países. Assim, estima-se que em 1959, mais de 500 mil mulheres estavam tomando a pílula nos Estados Unidos (Junod e Marks, 2002, p. 126-129).

Logo depois, em 1959, a Searle fez um requerimento suplementar que buscava a aprovação do Enovid como contraceptivo, e o FDA o aprovou em 23 de junho de 1960. Como precaução, a agência reguladora recomendou que as prescrições não excedessem dois anos até que novas evidências sobre o uso de longo prazo fossem reunidas, embora não houvesse meios de fiscalizar os médicos<sup>65</sup> (Junod e Marks, 2002, p. 133). É interessante notar ainda que a aprovação se deu em um período bastante oportuno, já que foi logo antes das revelações em torno dos perigos da talidomida<sup>66</sup>, que viriam a aumentar os requisitos e precauções para aprovação de remédios. Além disso, a aprovação foi baseada em uma avaliação de risco-benefício peculiar, que levava em consideração a alta eficácia contraceptiva da pílula quando em comparação com o diafragma e o preservativo e comparava seus riscos com os da gravidez, aborto e pós-parto (Junod e Marks, 2002, p. 138-140).

---

<sup>64</sup> Enovid® era composta de 150 microgramas do estrógeno mestranol e 9,85 miligramas do progestágeno noretinodrel (o composto da Searle).

<sup>65</sup> Quando aprovado para tratamentos ginecológicos em 1957, o tempo de uso recomendado era de, no máximo, quatro meses. A principal preocupação do uso a longo prazo era a possibilidade de câncer (Junod e Marks, 2002, p. 150-151).

<sup>66</sup> Talidomida foi uma droga desenvolvida na Alemanha que, dentre outras prescrições, foi recomendada para as mulheres grávidas para náusea e como sedativo. Em 1962, a droga foi retirada do mercado europeu por causar má-formação fetal. Como consequência, houve um aumento das regulações impostas às empresas farmacêuticas na Europa e nos Estados Unidos (Marks, 2001, p. 289-290).

Ao reunir e destacar diversas etapas desse processo, Marks (2001) evidencia como a pílula foi um projeto internacional desde o primeiro momento, com a participação de pessoas das mais diversas nacionalidades. Diferentemente do que se lê em abordagens nas quais os Estados Unidos figura como berço da pílula, a autora sublinha a diversidade em sua origem e indica que o processo de sua materialização é melhor entendido a partir de um enquadramento mais amplo.

Da mesma forma, essa seção busca sublinhar também a quantidade de actantes que precisaram se configurar de maneira particular a fim de que a pílula anticoncepcional se materializasse. Enfatizo aqui, primeiro, a atuação de ciências como a ginecologia, pioneira na naturalização da diferença sexual e na medicalização das mulheres, bem como, junto a ela, a bioquímica e a endocrinologia, ao reatualizarem a diferença sexual a partir dos hormônios sexuais. Além disso, a atuação: da própria indústria farmacêutica - importante patrocinadora das pesquisas em torno dos possíveis usos dos hormônios, ainda que menos fundamental no caso específico do uso contraceptivo; de biólogos, químicos, médicos e técnicos - homens e mulheres - envolvidos diretamente com as pesquisas em torno da pílula; dos hormônios e suas dinâmicas; todos os movimentos em torno do controle de natalidade, fosse leigo, eugênico ou neomalthusiano (e suas relações econômicas, raciais e coloniais associadas), bem como os hospitais e clínicas envolvidos com a questão; das universidades, ainda que indiretamente por meio da formação de vários desses atores; do iname mexicano; das fundações financiadoras e da fortuna da McCormick; das guerras e dos regimes que obrigaram cientistas a fugirem da Europa... Enfim, essa lista poderia continuar possivelmente de maneira infinita, mas o objetivo é, sobretudo, chamar atenção para a diversidade desses interesses e práticas em jogo.

Assim, a descrição do desenvolvimento da pílula como realizada na citação com que abro esse capítulo deixa, como vimos, muitas coisas de fora. Além disso, enfatiza de forma exagerada a importância, no processo de desenvolvimento da pílula, do objetivo “de potencializar a liberdade das mulheres” e do propósito de “encontrar um método científico de controle da natalidade em que mulheres pudessem fazer sexo sem necessariamente engravidar”. Além das preocupações em torno da vida das mulheres não terem sido as principais à época, a associação entre sexo e reprodução não era enquadrada de maneira hegemônica como “necessária” mesmo na época anterior à pílula. Caso o fosse, sua materialização dificilmente seria viável. Na próxima seção, abordarei as razões pelas quais a pílula foi facilmente incorporada nas práticas contraceptivas, apesar das dúvidas em torno de sua segurança, e uma

de suas principais consequências: a intensa medicalização da contracepção e a reconfiguração da importância dos ginecologistas.

### **1.8. O sucesso da pílula: medicalização e “revolução sexual”**

Elizabeth Watkins, no livro “*On the Pill: A Social History of Oral Contraceptives, 1950-1970*” (1998) trata do imediato sucesso da pílula. Ainda que tenha havido alguma resistência por parte de médicos, após cinco anos da sua aprovação pelo FDA, a pílula já tinha se tornado a forma de contracepção mais popular nos Estados Unidos, sendo prescrita por 95% dos ginecologistas e obstetras. Dentre os grupos que mais a utilizaram estava o de mulheres brancas, casadas, universitárias, não católicas e com idade entre 20 e 24 anos: 80% delas já haviam utilizado em 1965. No grupo mais amplo das mulheres casadas com menos de 45 anos, 26% já haviam feito uso e 19% consideravam utilizar no futuro (Watkins, 1998).

Dentre as razões para que a pílula alcançasse tanta popularidade, Watkins destaca três. Primeiro, para os médicos, que por muitos anos haviam rejeitado tratar do tema da contracepção, a pílula aparecia como um método conveniente e fácil de prescrever. Além disso, o método proporcionava importante incentivo financeiro, já que a prescrição deveria ser renovada a cada seis meses, o que aumentava a frequência da visita das mulheres em seus consultórios. Da mesma forma, a necessidade de prescrição também aumentou significativamente a autoridade e controle médico no âmbito do planejamento familiar. Já no lado das clínicas de controle de natalidade, a *Planned Parenthood* teve um papel crucial ao endossar a contracepção oral. As clínicas afiliadas passaram a oferecer pílulas subsidiadas às pacientes, diminuindo o custo e tornando possível o acesso de mulheres mais pobres. Por fim, jornais e revistas populares foram relevantes ao darem publicidade à pílula por meio de uma cobertura ampla do novo método contraceptivo. Assim, pacientes de médicos privados e das clínicas acabaram também por demandar ativamente a pílula de seus médicos, algo incomum na história da medicina prévia à pílula (Watkins, 1998; Marks, 2001, p. 123).

De forma similar ao que acontece ainda hoje, os médicos receberam grande parte das informações sobre a pílula por meio de representantes comerciais e anúncios das empresas farmacêuticas. Elas enviavam diretamente aos médicos seus produtos literários e promoviam encontros pessoais a fim de mantê-los informados dos últimos desenvolvimentos, bem como para responder às suas dúvidas sobre os produtos. Enfatizavam principalmente a segurança e a

eficácia das pílulas, além da satisfação que proporcionaria às mulheres<sup>67</sup>. Por outro lado, os autores de artigos em revistas médicas escreviam avaliações mais cuidadosas que os anúncios, trazendo com maior ênfase os possíveis aspectos negativos, como efeitos colaterais temporários e a ausência de certezas sobre riscos a longo prazo. Esses artigos provavelmente eram discutidos e levados em consideração também na decisão dos médicos sobre a prescrição ou não das pílulas; contudo, tais revisões mais sóbrias e acadêmicas competiam com os anúncios mais otimistas e atrativos que apareciam nas mesmas revistas médicas (Watkins, 1998; Marks, 2001).

Outra discussão comum em termos da segurança das pílulas - e que tem ecos na atualidade - dizia respeito à “naturalidade” da pílula. Consoante Marks (2001), muitos profissionais, principalmente os envolvidos com a indústria farmacêutica e os que conduziram os testes clínicos iniciais (John Rock, inclusive), viam os efeitos colaterais da pílula como efeito do estado de pseudogravidez que ela induzia. Como entendiam que a gravidez era “natural” para as mulheres, a pílula era considerada “uma extensão natural dos hormônios no corpo das mulheres. Isso foi usado para explicar sintomas como náuseas, sensibilidade nos seios, depressão e mesmo a trombose, que as mulheres experimentavam ao utilizar a pílula” (Marks, 2001, p. 136-137, tradução minha). Por outro lado, os médicos que se dedicavam a monitorar as reações adversas do medicamento eram céticos a esse respeito. Desconfiavam, sobretudo, dos efeitos sistêmicos que a pílula causava nos corpos para além da fertilidade e argumentavam que formas de contracepção mais localizadas tinham menos riscos à saúde (Marks, 2001, p. 136-137).

Embora houvesse variedade de posições entre os médicos no tocante à segurança e adequação da pílula, sua ampla aceitação acabou prevalecendo - e o fato de que as mulheres a demandavam também contribuiu para isso. Sobretudo, é importante destacar que o surgimento da pílula fez com que os médicos finalmente tivessem que tomar uma posição sobre sua relação com a contracepção, que vinha sendo controversa até os anos 1960. Na prática, a pílula acabou colocando fim à discussão sobre a legitimidade da contracepção como atividade médica. Deve-se levar em conta também que já vinha ocorrendo na primeira metade do século XX uma substituição das parteiras pelos obstetras nos Estados Unidos. De alguma forma, portanto, a

---

<sup>67</sup> Voltaremos a essas promoções da pílula ao longo da tese a fim de compará-las com as atuais, mas adianto que muitos dos argumentos estavam enraizados nas ideias médicas já presentes no século XIX, como vimos anteriormente. Como escreve Marks: “Ao elogiar a virtude do anticoncepcional na proteção das mulheres contra os riscos da gravidez e do parto, os profissionais médicos refletiam os argumentos anteriores usados para justificar a intervenção médica invasiva para combater a mortalidade materna. Da mesma forma, a promessa de controle sobre os ciclos menstruais e funções reprodutivas das mulheres pode ser vista como uma nova reviravolta em um velho debate sobre a propensão das mulheres à histeria por causa de seus órgãos reprodutivos aberrantes e a necessidade implícita de ovariectomias” (Marks, 2001, p. 136).

aceitação da contracepção pelos médicos foi mais uma extensão de seu envolvimento na “saúde reprodutiva” (Watkins, 1998; Marks, 2001).

Lara Marks (2001) mostra ainda como a pílula contribuiu para uma nova forma de medicina preventiva. A recomendação da FDA e da OMS era de que as usuárias fossem examinadas antes de iniciar o uso e realizassem exames regulares das mamas e “papanicolau” durante o consumo. Esses procedimentos coincidiram com a ascensão dos programas de rastreamento do câncer em geral. Embora na prática houvesse bastante variação no grau que os médicos examinavam suas pacientes, o número crescente de mulheres que procuravam contraceptivos orais em um consultório médico tornou esse exame acessível. A pílula, portanto, colocou um número sem precedentes de mulheres saudáveis sob o escrutínio da profissão médica, estabelecendo uma nova população de pacientes, “as mulheres em idade reprodutiva” (Marks, 2001, p. 117; Tone, 2012, p. 323).

Andrea Tone (2012) considera que o sucesso da pílula não se deve apenas à sua alta taxa de eficácia - o que teria elevado o padrão de exigência em torno dos contraceptivos e rebaixado outras possibilidades contraceptivas. Ela insere a adesão à pílula em um quadro histórico no qual as pessoas estavam encantadas com a disponibilidade de medicamentos controlados, que incluíam antibióticos, medicamentos para hipertensão, dentre outros. Para Tone, “doenças que antes eram controladas com medidas invasivas (...) podiam agora ser controladas, prevenidas e às vezes curadas com algo tão ‘simples’ quanto uma pílula” (Tone, 2012, p. 321, tradução minha). Ademais, os contraceptivos orais, sendo pequenos, discretos e convenientes de usar, prometiam uma intimidade sexual sem a necessidade de interrupção de dispositivos durante os rituais de coito. Permitindo a separação entre o momento das práticas sexuais e o da contracepção, a pílula possibilitava uma espontaneidade e uma estética sexual específica, além de dispensar o conhecimento de seu uso pelas parcerias sexuais (Tone, 2012, p. 321).

Uma das consequências da adesão massiva à pílula, ainda segundo Tone (2012), teria sido a diminuição do uso do preservativo masculino, método contraceptivo mais utilizado nos Estados Unidos antes do lançamento da pílula, e o decorrente aumento de doenças sexualmente transmissíveis. Segundo a autora, “A medicalização da contracepção promovida pela pílula deu origem a um surto de infecções que, por sua vez, exigiam medicamentos prescritos e cuidados médicos. Uma forma de medicalização gera outra” (Tone, 2012, p. 322-323, tradução minha).

Além disso, a popularidade dos métodos hormonais acabou por tornar difícil a aquisição dos métodos não hormonais mais antigos como o diafragma e o capuz cervical que, apesar de

teoricamente disponíveis, se tornaram de difícil acesso, muitas vezes por desconhecimento médico. Tone afirma que a reclamação das mulheres de falta de inovação contraceptiva responde a um mercado que limitou as inovações dentro de um imperativo hormonal (Tone, 2012, p. 322). No mesmo sentido, Marks (2001) evidencia a diferença, nos anos 1960, das indicações contraceptivas realizadas por médicos e as realizadas pelas clínicas de planejamento familiar. Enquanto os primeiros prescreviam sobretudo a pílula, nas segundas o diafragma continuava sendo o tipo dominante de contracepção. Dentre as razões que Marks aponta pela preferência das pacientes pelos médicos estava o fato de oferecerem cuidados de outras ordens e a maior facilidade em disfarçar para amigos e vizinhos o motivo da consulta, bem como conseguir dispensa de trabalho. Ademais, Marks ainda sublinha o fato de que médicos homens receitavam a pílula com muito mais frequência que as médicas mulheres que, preocupadas com os riscos associados à pílula, preferiam oferecer o DIU e o capuz cervical. Pelo mesmo motivo, elas também tendiam a restringir a prescrição da pílula a seis meses ou menos (Marks, 2001, p. 123-124).

Levando em conta todas essas considerações, pode-se dizer que se, por um lado, a ginecologia e sua elaboração da diferença sexual foi fundamental para viabilização da pílula, por outro, a pílula também foi fundamental para a ginecologia se tornar o que é hoje. A pílula, medicalizando a contracepção e colando sua eficácia contraceptiva à ginecologia, fortaleceu sua autoridade e aumentou seu alcance de maneira significativa. Ainda que a contracepção não tenha sido uma prioridade da ginecologia na primeira metade do século XX, a sua vinculação à pílula transformou a especialidade de forma que, hoje, sua associação à contracepção é bastante consolidada, sendo esta reconhecida como uma de suas principais funções. Sendo a relação da ginecologia com a pílula tão íntima, é razoável imaginar que as qualidades atribuídas à segunda também acabam fazendo diferença na primeira. É nessa direção que o enquadramento da pílula anticoncepcional como “revolucionária” - seja no sentido das práticas sexuais ou da contracepção - também importa para compreensão da ginecologia.

Seja para celebrar ou maldizer, um dos efeitos mais frequentes atribuídos à pílula é a “revolução sexual” iniciada nos anos 1960. Elizabeth Watkins (1998) argumenta, no entanto, que se trata de uma associação antiga e equivocada, consolidada durante as décadas de 1970 e 1980 e que persiste até os dias atuais, como vimos no início do capítulo. A autora defende que, apesar de ter proporcionado uma “revolução contraceptiva” ao chegar no mercado, não foi ela a responsável pela “revolução sexual”. Watkins atribui essa associação a uma confusão nos dados. Ela explica:

Na verdade, nenhum dado jamais confirmou tal associação. Na década de 1960 e no início da década de 1970, os demógrafos enfocaram os hábitos anticoncepcionais das mulheres casadas para documentar a revolução contraceptiva, enquanto os sociólogos pesquisaram as atitudes e práticas sexuais das mulheres solteiras para estudar a revolução sexual. Os jornalistas combinaram as duas mudanças contemporâneas e desenvolveram a imagem duradoura da pílula como símbolo da revolução sexual; cientistas e público aceitaram e promoveram esta interpretação da pílula (Watkins, 1998, s. p., tradução minha)

Andrea Tone (2012) questiona não apenas a associação direta da pílula à “revolução sexual”, mas também à “revolução contraceptiva”. Tratando de várias formas de contracepção, a autora coloca em uma perspectiva mais ampla a sua história e mostra como o desenvolvimento da pílula trouxe ganhos, mas também perdas para as mulheres. A medicalização e feminização da contracepção é uma das consequências mais importantes do surgimento da pílula. Quanto à feminização, Nelly Oudshoorn (2003) sublinha que foi apenas na metade do século XX que a narrativa atualmente dominante de que as mulheres são responsáveis pela contracepção foi consolidada enquanto tal, a partir de sua materialização em tecnologias contraceptivas, instituições, movimentos sociais e em identidades de gênero de mulheres e homens (Oudshoorn, 2003, p. 14-15). Já sobre a medicalização, Tone (2012) lembra que apenas uma em cada cinco mulheres nos Estados Unidos pré-1960 conversavam com médicos sobre assuntos relacionados à contracepção. A autora aponta que as mulheres preferiam preservativos, métodos rítmicos e coito interrompido. Afirma ainda que, embora suas taxas de eficácia sejam variadas, o fato de a taxa de fecundidade ter iniciado sua queda brusca já em 1957, antes da pílula ser comercializada, indica que já havia formas bastante eficazes de contracepção e que as pessoas estavam utilizando-as para limitar o número de filhos (Tone, 2012, p. 320).

Além disso, como vimos com McLaren (1990), há de se levar em conta muitos outros fatores para se pensar em eficácia contraceptiva, dentre as quais as relações de gênero e sexualidade são centrais. Se a separação entre práticas sexuais e reprodução não se deu de forma radical com a pílula, mas a partir de mudanças semiótico-materiais no decorrer do tempo, tampouco as mudanças nas relações de gênero e sexualidade se devem unicamente a ela. A possibilidade dessa separação, que já vinha sendo articulada desde o século XIX, foi necessária para a materialização da pílula tanto quanto o foi para tais mudanças mais gerais. Nesse sentido, o desenvolvimento da pílula é correlato às mudanças nas performances de gênero e sexualidade, não se tratando de uma relação exclusiva de causalidade unidirecional. Dessa forma, o enquadramento da pílula como “revolucionária” esconde a complexidade das intra-ações nesse aparato, centrando no dispositivo a responsabilidade por uma mudança muito mais complexa e de longo prazo.

Apesar desse sucesso imediato, a pílula passou por um período de turbulência em torno da sua segurança no final da década de 1960. Embora não tenha sido o único problema discutido nessa época, a associação da pílula ao risco aumentado de trombose foi o mais impactante por conta do risco de morte. A partir dele, no entanto, outras questões apareceram, dentre as quais: Como os médicos devem informar às pacientes os riscos do dispositivo? Quais pílulas devem permanecer no mercado? Os ensaios clínicos que fundamentaram a aprovação da pílula foram suficientes e éticos? Tratarei dessas controvérsias na seção seguinte.

### **1.9. As primeiras controvérsias públicas em torno da pílula**

O primeiro relato de complicações decorrentes de trombose associadas à pílula foi publicado na revista *Lancet* por um médico de família britânico em novembro de 1961. Tratava-se de uma mulher que utilizava a pílula para tratar endometriose e que acabou sofrendo uma embolia pulmonar, recuperando-se em três meses. A esse relato, no entanto, seguiram-se outros na imprensa médica britânica e nos Estados Unidos. Em agosto de 1962, a FDA já havia recebido relatos de 26 mulheres que apresentaram doenças trombóticas, seis das quais vieram a falecer. As agências e médicos receberam tais notícias com surpresa, já que esse era um efeito sobre o qual não havia suspeitas. A preocupação foi ainda maior na Europa, onde o impacto dos efeitos da talidomida havia sido mais sentido. Grã-Bretanha e Estados Unidos então enviaram avisos aos médicos e financiaram pesquisas para investigar a associação entre pílula e trombose. Além da sua crescente popularidade, o fato de ainda ser promovida como “arma” de combate à “explosão populacional” dificultava que os países suspendessem a pílula por completo (Marks, 2001, p. 138-139).

Nos Estados Unidos, apesar de as pesquisas sobre pílula e trombose terem iniciado em 1963, foi apenas em 1969 que evidências suficientes foram produzidas, indicando um risco de tromboembolismo aumentado em 4,4 vezes nas usuárias de pílula em comparação às não usuárias. O risco era ainda maior entre aquelas que consumiam as pílulas com mais de 100 microgramas de estrógeno ou as chamadas pílulas sequenciais<sup>68</sup>. Na Grã-Bretanha, chegaram à mesma conclusão mais cedo, em 1967, quando o *Medical Research Council* (MRC) publicou um artigo no *British Medical Journal*. Segundo tal artigo, a trombose venosa superficial e profunda, a embolia pulmonar e o infarto do miocárdio foram as doenças tromboembólicas mais comumente associadas às pílulas, com taxas três vezes maiores que em não usuárias de

---

<sup>68</sup> No final da década de 1960, havia formulações de pílulas no mercado com 50, 75, 80, 100 e 150 microgramas de estrógeno (Marks, 2001, p. 77-78). As pílulas sequenciais continham apenas estrogênio durante os primeiros 16 dias do ciclo, seguidos de cinco dias de estrógeno e progestagênio combinados. Não são mais utilizadas hoje.



contraceptivo oral combinado. Em 1970, já se entendia que mulheres com mais de 35 anos estavam em maior risco, bem como as que consumiam pílulas com dosagens maiores de estrógeno<sup>69</sup>. Ao longo da década de 1970, o tabagismo como fator de risco para trombose em usuárias de pílulas também se consolidou. Contudo, em geral, o risco de morte por essas complicações foi considerado modesto e menor que o risco associado à gravidez, aborto, parto e puerpério (Marks, 2001, p. 146-147).

No final dos anos 1960, pressões políticas e da mídia se acumularam em prol de ações para diminuir a taxa de mortes por trombose associada à pílula. Na Grã-Bretanha, em 1969, uma publicação no *British Medical Journal* questionava a complacência dos médicos com os efeitos colaterais da pílula, e a imprensa leiga, com considerável audiência, conclamava os médicos a informarem os riscos às mulheres, causando comoção pública e parlamentar. Em dezembro, o *Committee on Safety of Medicines* (CSD) fez uma declaração oficial por meio da mídia recomendando que médicos prescrevessem pílulas de baixa dose (50 microgramas de estrógeno), fazendo com que 17 dos 21 tipos de pílulas disponibilizadas no mercado britânicos fossem excluídas. Isso gerou uma grande quantidade de mulheres preocupadas ligando para seus médicos, que tampouco sabiam como lidar, já que não haviam recebido nenhuma carta oficial sobre as recomendações do CSD (Marks, 2001, p. 148-150).

No mesmo ano, nos Estados Unidos, o livro *The Doctor's Case Against the Pill* era publicado pela jornalista Barbara Seaman. O livro expunha o sofrimento atribuído por muitas mulheres à pílula, incluindo casos de trombose, e veiculava preocupações de médicos sobre a sua segurança. Morton Mintz, também jornalista, já havia escrito obra semelhante expondo os efeitos negativos do medicamento, mas o de Seaman foi o primeiro escrito por uma mulher e com foco nas experiências delas. O livro chegou ao senador de Wisconsin, Gaylord Nelson, e deu origem a uma audiência no congresso sobre a segurança da pílula, que durou de janeiro a março de 1970. Tal audiência fez parte de uma série que ocorria desde 1967, cujo foco era a indústria farmacêutica e seu monopólio. Diferente da Grã-Bretanha, não se propunha restringir os tipos de pílula no mercado, mas fornecer melhores informações às pacientes sobre seus efeitos colaterais. As audiências tiveram como um de seus efeitos a decisão da FDA de formular uma bula que alertava as mulheres sobre os efeitos adversos<sup>70</sup>. O debate se prolongou devido

---

<sup>69</sup> Calculava-se que o risco de morte era de 2,8 por milhão para aquelas que consumiam pílulas com 150 microgramas de estrogênio, 1,3 para as de 100 microgramas e 0,5 para pílulas com 50 microgramas do hormônio (Marks, 2001, p. 147).

<sup>70</sup> Outro possível efeito das audiências foi a interrupção do uso da pílula por parte de 18% das mulheres naqueles meses. Ademais, 23% consideraram seriamente parar de fumar (Marks, 2001, p. 150).

às reações de diferentes setores, como os grupos feministas - que questionaram o paternalismo médico e a falta de representação feminina nas audiências - e a *American Medical Association* (AMA), que se opôs à criação de uma bula para pacientes (Marks, 2001, p. 150-151).

O grupo feminista que participou ativamente da discussão foi o *D.C. Women's Liberation*, que chegou a convocar uma audiência independente sobre a pílula após as realizadas pelo congresso, argumentando que as experiências das mulheres não tinham sido ouvidas. A partir do final da década de 1960, há um aumento das preocupações em torno do tratamento médico dispensado às mulheres em geral, e na década de 1970 o movimento feminista pela saúde se consolida. Além da reivindicação por mais informações sobre os efeitos colaterais da pílula, tais movimentos se engajaram na luta pela legalização do aborto, direito à amamentação, parto natural, dentre vários outros temas. Marcos desse movimento foram a publicação do livro *Our Bodies, Ourselves* pelo *Boston Women's Health Book Collective*<sup>71</sup> - que reunia informações sobre várias questões relacionadas aos corpos associados ao feminino - e a criação da *National Women's Health Network*, criada em 1975, e da qual participaram vários coletivos feministas de saúde ao redor do país. A rede, que tem como uma de suas criadoras Barbara Seaman, representou interesses das mulheres em diversas audiências no Congresso e na FDA e existe até hoje. Importante sublinhar aqui que já não se tratava do mesmo objetivo de Sanger e McCormick. As feministas desses movimentos rejeitavam a hegemonia médico-farmacêutica e defendiam o controle leigo sobre os serviços de saúde (Watkins, 1998, p. 128-131).

No tocante à reação médica, uma das mais importantes se deu quando a AMA, em 1970, aprovou uma resolução se opondo à inserção de alerta sobre os efeitos adversos da pílula. Argumentavam que iria confundir e alarmar pacientes, contudo também estava em jogo o receio em torno da perda de autoridade. Depois de muitas negociações, finalmente um acordo foi alcançado, no qual uma versão do alerta era enviada aos médicos que, por sua vez, deveriam distribuí-lo junto às prescrições da pílula. Essa decisão não resolveu o problema, já que anulava o propósito de informar diretamente as mulheres sobre os efeitos colaterais. A estimativa é de

---

<sup>71</sup> O coletivo, fundado em 1969, foi dos primeiros a defender o empoderamento de mulheres por meio do conhecimento de seus próprios corpos. O livro foi publicado pela primeira vez em 1970 com o nome *Women and their Bodies*, tendo sido modificado logo no ano seguinte. O livro entrou na lista de mais vendidos dos Estados Unidos em 1976 e, em 1980, já havia sido traduzido para 11 línguas e vendido mais de duas milhões de cópias. Entendido como um manual de saúde, o livro buscava equipar as mulheres com instrumentos para poderem fazer escolhas informadas também sobre contracepção. Contraoendo-se ao que se entendia como um monopólio do conhecimento sobre o corpo feminino por parte de especialistas em sua maioria homens, discutia-se “tópicos como sexualidade, contracepção, gravidez e parto, bem como os sentimentos das mulheres em relação a eles” (Thayer, 1999, p. 205). O livro terá sua primeira tradução para o português com o nome de “Nossos Corpos por Nós Mesmas”, a partir de um projeto com a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e a Faculdade de Letras da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e será publicado pela editora Casa Literária em 2021.

que, entre 1970 e 1975, a AMA distribuiu apenas quatro milhões de cópias dessas bulas para as dez milhões de mulheres que faziam uso do medicamento anualmente. Dessa forma, o movimento de mulheres pela saúde continuou pressionando pela inserção do alerta, pois entendia como um dispositivo que possibilitava a “decisão informada” sem a dependência dos médicos. Foi apenas no final da década de 1970, no entanto, que a pressão dos consumidores superou a oposição médica e da indústria farmacêutica e o FDA permitiu a distribuição de bulas em embalagens vendidas nas farmácias. Houve ainda pressões para que tais bulas fossem escritas de forma mais compreensível, o que só aconteceu nos anos 1980 (Marks, 2001, p. 139-140; p. 151-152).

Diferente da Grã-Bretanha, no entanto, as pílulas de alta dose continuaram disponíveis nos Estados Unidos até 1988, quando o FDA finalmente convenceu as três últimas empresas que fabricavam pílulas com mais de 50 microgramas de estrogênio a retirá-las do mercado. Essa diferença se deve à forte tradição epidemiológica britânica<sup>72</sup>, bem como à existência de um sistema de saúde centralizado que permitia melhor produção e análise dos dados, em contraste com uma política de saúde centrada no mercado, um sistema bastante descentralizado e uma tendência maior ao litígio nos EUA. Marks afirma que um dos medos das empresas farmacêuticas e dos médicos estava relacionado à possibilidade de serem processados. Tais atores argumentaram contra a restrição das pílulas com altas doses alegando que, para algumas mulheres, apenas essas pílulas eram eficazes, e entendiam que poderiam ser processados caso descontinuassem a venda dos medicamentos com dosagem mais alta (Marks, 2001, p. 140-153). Chama a atenção, nesse momento, a ausência de argumentos que associem a pílula à liberdade ou direitos das mulheres.

Junto da desaprovação do modo como os médicos e agências regulatórias lidavam com os efeitos colaterais da pílula, apareceram outras, a ela vinculadas. Se as críticas aos ensaios clínicos que resultaram na aprovação da pílula, como vimos, tiveram início ainda na década de 1950 com os jornais porto-riquenhos denunciando que as empresas farmacêuticas americanas estariam usando as mulheres não brancas como cobaias, na década de 1970, as mulheres dos grupos acima citados, em sua maioria brancas de camadas médias, fizeram denúncias similares. Ao se insurgirem contra os efeitos colaterais e a falta de aviso sobre implicações da pílula para sua saúde, a acusação foi também de que eram tratadas por médicos e cientistas homens como

---

<sup>72</sup> Segundo Junod e Marks (2002), muitos dos avanços na epidemiologia britânica em torno de doenças crônicas se deram na busca por demonstrar estatisticamente - e não apenas clinicamente - a ligação entre a pílula e a trombose. Foram diversos os desafios na montagem de tais estudos na época (Junod e Marks, 2002, p. 148; Marks, 2001).

cobaias. A partir daí, os questionamentos da ética e da segurança dos primeiros ensaios clínicos da pílula abundaram no ativismo e literatura feminista<sup>73</sup>. Certamente, Halana Faria - que é diretora do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, herdeiro do movimento feminista pela saúde e de grupos como o *Boston Women's Health Book Collective* - dá continuidade a esse legado em seu enquadramento da pílula. Marks, contudo, destoa dessa literatura trazendo algumas nuances em suas considerações (Marks, 2001, p. 106-107).

Primeiro, ela chama a atenção para o fato de que, na década de 1950, havia poucas regulações para testagem de novas drogas, que foram estabelecidas apenas após o escândalo em torno da talidomida na década de 1960. Então, ainda que os Estados Unidos fossem o país à época com a legislação mais rígida para aprovação de medicamentos por meio da FDA, Pincus e colegas tinham poucas orientações sobre os procedimentos que deveriam seguir. A FDA exigia apenas que houvesse evidência de segurança dos medicamentos com dados de ensaios em animais e humanos, além das informações que seriam dirigidas aos consumidores. Contudo, não havia indicação de quais procedimentos deveriam ser adotados nos ensaios clínicos para comprovação da segurança<sup>74</sup> (Marks, 2001, p. 95-96).

Além disso, os contraceptivos orais se diferenciavam de outros remédios na medida em que deveriam ser consumidos por mulheres saudáveis e não, como era mais comum, por pacientes doentes sob supervisão em hospitais ou clínicas. Além disso, como poderia vir a ser usado por vários anos, gerava preocupação também sobre os efeitos na fertilidade a longo prazo e sobre a saúde da prole. Somado a isso ainda, havia a resistência à pesquisa com contracepção porque ainda se tratava de tema controverso, por muitos considerada imoral e medicamento questionável. Para Marks, isso faz da pílula um medicamento com muitas particularidades, e os julgamentos sobre os ensaios clínicos devem levar em consideração esse quadro (Marks, 2001, p. 89-90).

Dentre as críticas comumente dirigidas aos ensaios está a suposta negligência em torno da morte de uma participante por insuficiência cardíaca e do desenvolvimento de tuberculose por outra no estudo de Porto Rico. Para Marks, essas preocupações, apesar de fazerem sentido à luz do que se sabe hoje sobre risco de complicações relacionadas à trombose, não pareciam

---

<sup>73</sup> Marks (2001) dá como exemplo os livros: *Our Bodies, Ourselves* (Boston, 1984), *Reproductive Rights and Wrongs*, de Betsy Hartmann (1987) e *Sexing the Millennium*, de Linda Grant (1993).

<sup>74</sup> Conforme Marks, “As distinções entre os ensaios de toxicidade (conhecidos hoje como Fase I) e os ensaios de eficácia clínica (hoje conhecidos como Fase II) estavam em sua infância, e as empresas farmacêuticas elaboravam em grande parte seus próprios ensaios. Depois de 1962, o FDA adquiriu controle sobre os procedimentos de teste de drogas, incluindo aqueles nos estágios iniciais de experimentação. Além disso, foi só depois de 1962 que os médicos foram obrigados a informar os pacientes sobre a natureza experimental de um medicamento prescrito” (Marks, 2001, p. 96, tradução minha).

relevantes à época, na qual se sabia muito pouco para afirmar a conexão. A autora sublinha ainda que a epidemiologia de doenças crônicas estava em uma fase muito inicial. Apesar disso, aponta que as mulheres passavam por exames médicos antes de começar o uso das pílulas, o que incluía análises dos padrões menstruais e das gravidezes, além de investigações de função hepática, coleta cervical e testes de coagulação sanguínea, que foram aprimorados com o tempo. Ademais, os bebês das mulheres que engravidaram após interromperem o uso da pílula foram monitorados para efeitos adversos. Tais exames, contudo, encontravam vários obstáculos para serem realizados, como dificuldade de acesso às clínicas e a própria resistência das mulheres, que não tinham hábito de realizar exames ginecológicos fora do contexto de parto e que os consideravam desconfortáveis. Em uma publicação de 1958, Pincus admitiu que no estudo de Rio Piedras conseguiu coletar amostras de sangue e de urina de apenas 39 e 42 mulheres, respectivamente (Marks, 2001, p. 107-108).

Outra questão que foi comumente levantada como falha dos estudos foi a falta de formulários de consentimento, que não eram um procedimento comum à época. E embora ensaios posteriores na Grã-Bretanha incluíssem os formulários, havia pouca informação disponível sobre as pílulas, principalmente sobre seus efeitos a longo-prazo, tornando o valor do consentimento questionável. Apesar disso, Marks indica que houve busca ativa, por parte das mulheres das regiões nas quais os ensaios aconteciam, pelas pílulas anticoncepcionais. Para Marks, os estudos mais problemáticos eticamente foram os realizados com pacientes psiquiátricos do *Worcester State Hospital* que, embora com consentimento dos familiares, não tinham escolha sobre participar ou não da pesquisa (Marks, 2001, p. 109-110).

Somadas a tais críticas estava a denúncia de que a pílula teria sido lançada - o que foi retrospectivamente considerado - muito cedo, sem evidências satisfatórias de sua segurança, com poucas mulheres testadas por tempo insuficiente<sup>75</sup>. Para averiguar se a pílula se diferenciava, nesse sentido, de outras drogas lançadas à época, Marks a compara com o

---

<sup>75</sup> Uma das questões enfatizadas quando a evidência produzida pelos ensaios clínicos é questionada diz respeito à forma que as mulheres foram representadas nos relatórios: como “ciclos menstruais” ou “anos-mulheres”. Oudshoorn (1994) é uma dessas autoras que argumenta que tal transformação resultou na impressão de que um número maior de mulheres havia sido testada, ou mesmo que houvesse uma continuidade maior das participantes nos ensaios do que houve de fato. Essa teria sido uma estratégia que levou à aprovação da pílula, já que a testagem em um grande número de participantes por períodos mais longos era um dos requisitos para sua aprovação como contraceptivo seguro e confiável (Oudshoorn, 1994, p. 131). Marks (2001), apesar de reconhecer que de fato há uma falsa impressão já que não se revela o número de participantes desistentes dos ensaios, entende ser um erro achar que o uso desse “dispositivo estatístico” seja uma distorção deliberada realizada pelos pesquisadores. Em defesa deles, a autora afirma que se tratava de um quadro metodológico já bem estabelecido e compartilhado desde os anos 1930. Ainda segundo a autora, é necessário levar em conta que a pergunta feita pelos pesquisadores e pela agência reguladora era se a pílula poderia ser eficaz em suprimir a ovulação sem afetar a fertilidade futura, e nesse sentido, o enquadramento proposto era coerente (Marks, 2001, p. 111-112).

Librium, droga aprovada para estresse e ansiedade pelo FDA em 1960. Além do ano de aprovação, tem em comum com a pílula o fato de atuar em condições que não são consideradas amplamente como doenças - ou pelo menos não o eram na época. Também está disponível no mercado até os dias atuais e, da mesma forma que a pílula, foi considerada uma droga revolucionária, principalmente no tratamento de distúrbios psiquiátricos (Marks, 2001, p. 111).

Marks prossegue a comparação na seguinte direção:

Ao contrário da pílula, que foi projetada como um anticoncepcional, a utilidade do Librium era desconhecida antes de seus testes clínicos. O Librium foi então testado em uma gama muito mais ampla de condições do que a pílula, podendo ser prescrito por qualquer médico para qualquer paciente de qualquer idade e gênero. No total, o Librium foi testado em 1163 pacientes, o que, superficialmente, parece um número maior do que os 897 incluídos nos dados clínicos originalmente apresentados para a aprovação da pílula. Quando divididos por prescritores especializados, no entanto, o total para o Librium foi muito menor. Em algumas condições, como epilepsia, o Librium foi testado em apenas três pacientes. Os pacientes psiquiátricos formaram o maior grupo experimental, totalizando 570. Além disso, as evidências coletadas para o Librium não deixaram claro por quanto tempo cada paciente tomou o medicamento (Marks, 2001, p. 111, tradução minha).

Por fim, com o FDA relatando que as pesquisas com o Enovid 10<sup>76</sup> resultaram em apenas 2,7 gravidezes por 100 mulheres/ano - com as falhas ainda sendo atribuídas à irregularidade no consumo das pílulas - a aprovação se deu sobretudo por conta da eficácia tida como extraordinária e significativamente superior aos anticoncepcionais mecânicos disponíveis até então (Marks, 2001, p. 112).

Levando todas essas nuances em conta, Marks conclui que as acusações de que as mulheres foram tratadas como cobaias por cientistas homens foram redutoras. Como ela sublinha, grande parte do processo - além de contar com a participação técnica, política, científica e financeira de várias mulheres para sua materialização - dependeu da cooperação das participantes dos ensaios. Sua concordância era fundamental para que seguissem tomando as pílulas diariamente e para que realizassem os exames; o fato de que várias desistiram e de que outras buscaram ativamente seu uso indica espaço significativo para atuação. Além disso, Marks considera errôneo afirmar que os ensaios foram realizados apenas com grupos mais vulneráveis de mulheres de países pobres, já que houve testes com mulheres de diferentes classes sociais e em diferentes locais, como descritos acima (Marks, 2001, p. 114-115). Por fim, é relevante ainda chamar atenção para como as feministas da década de 1950 exaltaram a pílula como um triunfo científico, que possibilitou às mulheres mais uma forma - bastante eficaz - de controle reprodutivo. As críticas dos anos 1970, portanto, não levaram em consideração a

---

<sup>76</sup> O 10 se refere a 100 microgramas do estrógeno mestranol.

configuração dos anos 1950 ou a importância dessas lideranças feministas para o desenvolvimento da pílula (Watkins, 1998).

Apesar de não ser o caso de desconsiderar as relações de poder envolvendo raça, nacionalidade, gênero e classe - que certamente estiveram presentes - ou de se pressupor que é possível a realização de escolhas livres sem observar as condições nas quais se dão, há de se levar em conta que essas mulheres, em sua maioria, não foram “enjauladas” e vigiadas constantemente da mesma forma que o foram as coelhas nos laboratórios. Nesse sentido, entendo que a excessiva simplificação que contrapõe “homens cientistas” e “mulheres cobaias” arrisca reatualizar uma associação entre mulheridade e passividade, além de apagar a pluralidade de posições e relações possíveis com a pílula anticoncepcional em diferentes configurações.

Não é o caso de descrever exaustivamente aqui as relações em jogo na materialização da pílula, sobre a qual a bibliografia é volumosa; contudo, faço questão de retomar esses pontos mais controversos porque os trabalhos recentes das ciências sociais e dos estudos feministas sobre as controvérsias em torno da pílula anticoncepcional têm passado muito rapidamente por essa história e reiterado essas simplificações. Embora o façam por não ser esse o foco de suas pesquisas, entendo que ocasionalmente precisamos agregar um pouco de complexidade às histórias que contamos na nossa área, sem deixá-las apenas para os trabalhos historiográficos, e acredito que um momento no qual controvérsias abundam seja pertinente para fazê-lo.

Além disso, embora também considere este trabalho herdeiro dos movimentos feministas pela saúde, acredito que o acúmulo de produção científica feminista dos últimos 50 anos permite um enquadramento mais complexo e matizado a respeito do desenvolvimento da pílula. Isso não significa dizer que a história da ginecologia seja isenta de episódios “macabros”, para usar os termos de Halana Faria. Significa apenas que é necessário descrevê-los com cuidado a fim de não recair em denunciamentos cronocêntricos que apontam para as contradições presentes na história da ginecologia sem levar em consideração que a história do feminismo também é marcada por elas, inclusive no que diz respeito à pílula. Por fim, na próxima seção, tratarei das circunstâncias da entrada da pílula anticoncepcional no Brasil, bem como dos conflitos e enquadramentos a ela associados.

### **1.10. Embates em torno da contracepção e da pílula no Brasil - 1960-1980**

Segundo Délcio da Fonseca Sobrinho (1993), há, na década de 1960, um confronto entre posições contra e a favor do controle de natalidade no Brasil, expressas por duas coalizões. A

primeira, que ele denomina “coalizão antinatalista”, era formada pelo governo norte-americano, pelos militares da Escola Superior de Guerra, por grandes empresários e por grupos de médicos. O governo norte-americano estava preocupado, em um primeiro momento, com uma eventual “cubanização” do nordeste brasileiro e, depois, como vimos, com as consequências sociais de uma suposta “explosão demográfica” no mundo em desenvolvimento em geral<sup>77</sup>. A Escola Superior de Guerra, por sua vez, também havia começado a ver no crescimento populacional uma ameaça à “segurança nacional”, também ligada ao medo do comunismo cubano. Por fim, os grandes empresários passaram a ver no crescimento demográfico um obstáculo ao desenvolvimento nacional e alguns médicos buscavam um papel mais ativo no controle de natalidade no país, o que já vinha acontecendo em outros países (Fonseca Sobrinho, 1993, p. 80).

Já no lado da “coalizão anticontrolista”, que se formou sobretudo em reação à primeira, estavam grupos tão diversos como a Igreja Católica, a esquerda tradicional e outra parte das Forças Armadas. A Igreja Católica se opunha por razões morais, sendo contrária ao uso de contraceptivos em geral; a esquerda, por se opor ao imperialismo e antinacionalismo do discurso neomalthusiano e, por fim, parte das Forças Armadas defendia a necessidade de ocupação do que entendiam como sendo os “espaços vazios” do território nacional, a fim de proteger o país de ameaças externas (Fonseca Sobrinho, 1993, p. 80).

A partir de 1965, após o golpe militar, a “explosão demográfica” se tornou a ameaça mais importante para a coalizão controlista, considerada no “mesmo grau de importância que o combate às doenças” (Fonseca Sobrinho, 1993, p. 93). Assim, surgiram agências e organizações internacionais que distribuíssem contraceptivos. O principal país fonte de recursos dessas entidades foram os Estados Unidos por meio da *United States Agency for International Development* (USAID), mas incluíam também doadores particulares, como a Fundação Rockefeller, agências intergovernamentais, com destaque ao Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) e, por fim, agências internacionais não-governamentais. A mais importante dentre essas últimas foi a entidade internacional *International Planning Parenthood Federation* (IPPF), que veio a patrocinar as atividades da BEMFAM – Sociedade Civil de Bem-

---

<sup>77</sup> O nordeste brasileiro era associado pelos Estados Unidos a um maior risco de “cubanização” devido à pobreza, concentração populacional e insatisfação política. Nos anos 1960, o país investiu em políticas como financiamento das Faculdades de Medicina latinoamericanas, buscando contribuir também com o desenvolvimento socioeconômico da região, que era entendido como aumento da segurança dos EUA. Além disso, houve a instituição da “Aliança para o Progresso”, que propunha “medidas destinadas a apoiar a contra-insurreição e de luta antiguerilha”. Em 1967, dentre os requisitos para que os países latinoamericanos recebessem a ajuda da Aliança, foram incluídos esforços para que reduzissem seu índice de nascimentos. (Fonseca Sobrinho, 1993, p. 83-95).



Estar Familiar no Brasil, que, além de relevante para a viabilização de um discurso socialmente aceito sobre planejamento familiar, foi a principal responsável pela distribuição de pílulas anticoncepcionais para camadas mais pobres à época. Além disso, a presença e atuação dos médicos nessa organização contribuiu para consolidação da contracepção como “um problema médico” (Fonseca Sobrinho, 1993, p. 95). Como vimos anteriormente, nas décadas de 1930 e 1940, a maior preocupação médica se dava em torno da “melhoria da raça” conjugada a uma postura pró-natalista. A partir de 1965, no entanto, com a aproximação da IPPF e do professor Dr. Octávio Rodrigues Lima, catedrático da Clínica Obstétrica da Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, teve início, no meio médico, uma preocupação com o crescimento populacional brasileiro. Essa preocupação era, contudo, camuflada sob um argumento tipicamente médico, já antigo e mais bem aceito publicamente: o discurso da “paternidade responsável” como forma de combate aos abortos provocados (Fonseca Sobrinho, 1993, p. 102).

No mesmo ano de 1965, na XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia, realizada no Rio de Janeiro e organizada pelo Prof. Octávio Lima e por Walter Rodrigues, a BEMFAM foi fundada. O primeiro viria a ser o presidente perpétuo da instituição e o segundo seu primeiro diretor. Segundo Fonseca Sobrinho (1993), estavam presentes 697 médicos de 16 estados da federação. O tema do planejamento familiar foi assunto de três diferentes mesas, que envolveram médicos, juristas, economistas, sociólogos e líderes religiosos, e houve a recomendação, em uma delas, da exigência de receita médica para a compra de pílulas, já que até aquele momento, os médicos eram proibidos de prescrever o medicamento. Apesar de o discurso público ser “antiaborto criminoso” - o que dificultava a resistência da Igreja Católica e mesmo do governo - a questão populacional aparecia de forma recorrente nessas mesas. Com tal discurso, em pouco tempo, a BEMFAM filiou diversas entidades em diferentes regiões do país e organizou vários simpósios e palestras, ampliando sua base de apoio (Fonseca Sobrinho, 1993, p. 102-113). Como bem resume Bonan, Teixeira e Nakabo (2017), depois de analisar artigos sobre hormônios sexuais nos Anais Brasileiros de Ginecologia, revista publicada entre 1936 e 1970:

À medida em que elaboravam discursos justificadores sobre a oportunidade da pílula anticoncepcional, angariavam legitimidade para se investirem como os expertos no manejo desses medicamentos e as vozes autorizadas para as questões de normatização clínica e regulamentação legal – os especialistas reivindicavam o monopólio da prescrição e controle de sua utilização. Sob gestão e vigilância médica e naqueles marcos discursivos, o controle da fecundidade de mulheres saudáveis com drogas médicas poderia ser uma prática, mais do que oportuna, segura, ética e moral. Assim, o pensamento médico absorve e metaboliza os hormônios sexuais como tecnologias contraceptivas (Bonan, Teixeira e Nakabo, 2017, p. 115).

A entrada da pílula no mercado brasileiro já havia tido início no ano de 1962, sendo divulgada, da mesma forma que nos Estados Unidos, sobretudo por meio de representantes da indústria farmacêutica diretamente nos consultórios - com informações e amostras grátis - e em revistas, periódicos e eventos científicos, também em grande medida patrocinados pela indústria (Cavaliere, 2017). Se as mulheres de camadas populares começaram a ter acesso à pílula a partir de 1965 com a BEMFAM, as mulheres das camadas médias “não foram alvo de qualquer política controlista por parte do poder público ou de organismos internacionais” (Pedro, 2010, p. 150), embora tenham acompanhado a tendência da queda da fecundidade<sup>78</sup>. As mulheres entrevistadas por Joana Maria Pedro (2010) relataram ter obtido informações sobretudo por meio de médicos, amigos de médicos, parentas e amigas<sup>79</sup>. A imprensa foi também citada, mas como fonte de informações contraditórias, que às vezes estimulava o uso, outras alertava para seus perigos (Pedro, 2010, p. 151). Além disso, Pedro mostra que, para as pesquisadas, a pílula era “pensada como algo necessário para definir uma família de menor porte e, ao mesmo tempo, um perigo constante para a saúde” (Pedro, 2010, p. 154) e seus efeitos incluíam “mal-estar, os enjoos, as dores de cabeça, as varizes, os engordamentos”. Tais desconfortos as levaram a buscar por “formas definitivas de controlar a fertilidade” no fim de suas “vidas reprodutivas” (Pedro, 2003, p. 249). Por fim, Pedro registra ainda essa primeira geração a utilizar o contraceptivo oral não têm memória do dispositivo como “tendo um forte significado para a autonomia do conjunto das mulheres” (Pedro, 2010, p. 154).

Na imprensa, Joelma Ramos Santana e Silvia Waisse (2016) verificam que, antes mesmo da chegada da pílula anticoncepcional no país, entre 1960 e 1962, pelo menos quinze matérias<sup>80</sup> faziam referência aos “revolucionários contraceptivos do futuro”, todos no contexto de uma preocupação com o “perigo” da explosão demográfica. Além dos “nascimentos descontrolados”, aparecia também o argumento da pílula como forma de combate ao aborto, com a ajuda de argumentos religiosos e jurídicos (Santana e Waisse, 2016, p. 206-209). Já no fim da década, a pílula começa a aparecer como símbolo de uma revolução no estilo de vida das pessoas, que teria sido expressa em livros, filmes, peças de teatro e músicas. A mídia,

---

<sup>78</sup> Segundo Pedro (2010), “A taxa de fecundidade, no Brasil, ficou assim configurada: em 1940: 6,16; em 1950: 6,21; em 1960: 6,28; em 1970: 5,76; em 1980: 4,35” (Pedro, 2010, p. 150).

<sup>79</sup> Os dados analisados por Pedro (2003, 2010) foram produzidos por meio de entrevistas com 150 mulheres de camadas médias de Santa Catarina que nasceram entre 1940 e 1959 e foram entrevistadas entre 1999 e 2000 (Pedro, 2003, p. 245).

<sup>80</sup> As autoras analisam as publicações sobre a pílula anticoncepcional oral combinada entre 1960 e 1972 publicadas em diferentes veículos de imprensa: *Revista Cláudia* (única voltada ao público feminino), *Jóia*, *Seleções do Reader's Digest*, *Realidade*, *Manchete*, *Veja* e os jornais *Folha de São Paulo* e *O Estado de São Paulo*.

“baseada mais nos acontecimentos internacionais, apresentava a pílula como atrelada a tal rebeldia e, neste sentido, ela era o símbolo da revolução sexual” (Santana e Waisse, 2016, p. 211). Tratava-se, portanto, de um enquadramento da pílula como “revolucionária” em diferentes sentidos, fosse símbolo da “revolução sexual” ou da proteção contra “explosão demográfica” e o aborto.

Além disso, outros discursos que circularam na imprensa foram fundamentais para a adesão das camadas médias à pílula. Segundo Santana e Waisse (2016), a ideia de que “casal consciente adota contraceptivo” passou a predominar na mídia a partir de 1964. Apesar desse discurso também estar ligado à preocupação em torno da “explosão demográfica”, as autoras entendem que há outros fatores a serem levados em conta como, por exemplo, o período de depressão que a economia entrou no ano da chegada da pílula ao país (Santana e Waisse, 2016, p. 208). Além disso, Pedro (2010) afirma que a imprensa contribuiu para adesão às pílulas “ao divulgar um novo padrão de família com poucos filhos, novos paradigmas de consumo de classe média, e a modernidade da presença das mulheres atuando no mercado de trabalho e no espaço público” (Pedro, 2010, p. 154). Santana e Waisse (2016) sustentam também que nessa época novos laboratórios vieram ao Brasil e, com a importação de matéria-prima, também passaram a produzir pílulas, tornando seus preços mais acessíveis (Santana e Waisse, 2016, p. 208).

Existia também, já na década de 1960, certa promoção da pílula, que se dava nos anúncios das revistas, em torno do aprimoramento da feminilidade, sexualidade, rejuvenescimento e bem-estar. Uma reportagem da Seleções de 1966 citada pelas autoras chama atenção por trazer médicos participantes de um congresso de ginecologia em Boston preocupados com a superestimação dos efeitos dos hormônios (Bom senso e a ‘pílula da feminilidade’, Seleções, novembro de 1966, p. 62 apud Santana e Waisse, 2016, p. 207). No entanto, tais propagandas teriam desaparecido na década de 1970, junto com o surgimento de críticas mais acentuadas aos contraceptivos relacionados aos seus efeitos colaterais (Santana e Waisse, 2016, p. 207).

Já a partir do final da década de 1960, apareceram tais preocupações com efeitos colaterais que, como vimos, vinham sendo divulgados na Europa e nos Estados Unidos. Uma reportagem da Veja de 1969 relata que “uma série de associações médicas americanas e inglesas” têm atribuído “responsabilidade parcial” à pílula por uma “longa lista de doenças”, dentre as quais cita “trombozes, ataques cardíacos, anormalidades visuais, esterilidade, certas formas de diabetes e mesmo câncer” (O novo tom dos rumores. Veja, abril de 1969, p. 48 apud Santana e Waisse, 2016, p. 209). Tais críticas à pílula também estão possivelmente relacionadas

à instauração da CPI por conta das denúncias de que missionários norte-americanos estariam realizando esterilização em massa de mulheres no norte do Brasil, por meio de laqueaduras tubárias. Apesar de nunca ter sua conclusão redigida, a CPI trouxe à tona o tema do controle populacional (Pedro, 2010, p. 152; Fonseca Sobrinho, 1993).

O movimento feminista, que ressurgiu na década de 1970, em um primeiro momento, estava, da mesma forma que a esquerda em geral, aliado à Igreja Católica por conta da proteção que essa os conferia no combate à ditadura militar. Nas palavras de Joana Maria Pedro (2003), a posição do movimento era de:

a) que a solução para o problema demográfico era o desenvolvimento econômico com justiça social; b) que os métodos artificiais disponíveis traziam problemas de saúde; c) que as políticas do Estado em relação à natalidade visavam ao corpo das mulheres e pretendiam acabar com a miséria, não deixando nascer os pobres. Algumas, todavia, criticavam apenas a falta de acompanhamento médico no uso de contraceptivos (Pedro, 2003, p. 254).

Um exemplo de crítica feminista às pílulas realizada na década de 1970 é descrito por Pamella Pereira (2016) em seu trabalho sobre a revista *Cláudia*. A autora mostra como, ao longo da década, a articulista Carmem da Silva destoa de outros artigos da revista, que em geral eram pró-pílula. Carmem é reconhecida pela bibliografia sobre imprensa no Brasil como uma voz feminista em uma revista com tendências conservadoras (Costa, 2010, p. 192). Ela repete em diferentes artigos que as “funções reprodutoras” e a sexualidade das mulheres estariam sob o controle dos homens, chama a atenção para como é vedado às mulheres pobres o direito de escolha quanto ao número de filhos e denuncia os efeitos colaterais da pílula. Um dos artigos, intitulado “Cuidado: até o nosso sexo está sob controle”, é especialmente interessante na medida em que desafia o enquadramento da pílula como “libertadora”, ainda que atribua a ela a dissociação entre sexualidade e reprodução:

**“A PÍLULA: UM PASSO EM FALSO PARA A LIBERDADE.** O temor à superpopulação mundial, por exemplo, apressou o lançamento da pílula anticoncepcional (aliás, parece que nem houve tempo de torná-la inofensiva à saúde). Esta por sua vez, ao dissociar a sexualidade feminina da maternidade, veio outorgar, pelo menos em teoria, maior espaço de liberdade à mulher: consequência indesejada mas inevitável, que exigia uma revisão dos velhos códigos. Era preciso modernizar a fachada, mas sem abrir mão dos freios e restrições que garantem ao homem o domínio sobre a sexualidade feminina. Tratou-se, pois, de regulamentar novos comportamentos antes que a mulher percebesse sua chance e começasse a tomar liberdades por sua própria iniciativa” (Claudia, Novembro, 1977 p. 51 apud Pereira, 2016, p. 90)

A recusa da pílula como “liberdade” estaria, nesse sentido, associada ainda à crítica ao domínio dos homens nos espaços de poder, dentre os quais, pode-se presumir, medicina,

pesquisa científica, congresso, dentre outros. É uma crítica que se aproxima àquela das feministas estadunidenses feitas no âmbito das audiências no senado, que também denunciavam o lançamento “muito rápido” da pílula e a falta de consideração daqueles em posição de poder (em geral, homens) pelas necessidades das usuárias. Nesse sentido, Carmem da Silva considerava que a separação entre sexualidade e reprodução pela pílula não garantia liberdade às mulheres quando levadas em conta outras práticas, como a proibição do aborto, o julgamento da mulher que se torna mãe sem estar casada, os efeitos colaterais da pílula, a discriminação no mercado de trabalho, as restrições em torno de algumas formas de contracepção e a imposição de outras sobre mulheres pobres. Em 1978, com a instauração da CPI da Mulher, realizada a fim de investigar seus direitos civis, capacidade jurídica, condições sociais e de trabalho, o tema da coação ao uso de contraceptivos voltou a aparecer. Carmen da Silva foi uma das participantes das audiências e publicou um relatório a respeito na Revista Cláudia no mesmo ano (Cláudia, Março, 1978 p. 157 apud Pereira, 2016, p. 91).

Contudo, não havia consenso sobre todas essas questões entre feministas. Por um lado, havia concordância em relação ao repúdio ao controle populacional e à BEMFAM, que denunciavam pela prescrição excessiva de pílulas sem orientação adequada e pela imposição de esterilizações. Contudo, algumas se posicionavam com menos preocupação em relação aos efeitos colaterais da pílula, desde que houvesse acompanhamento médico, e viam nela um “grande passo” no sentido da emancipação feminina, ao lado de outras formas de contracepção que possibilitassem separação entre sexualidade e reprodução. As únicas exigências eram que a escolha fosse feita pelas mulheres e que a sociedade se responsabilizasse por “fornecer os meios necessários”, fosse para ter filhos em condições adequadas ou para não tê-los. Tal posição é ilustrada pelo artigo “Sexo: Pecado para as mulheres” publicado no Jornal Nós Mulheres, autoproclamado feminista, em 1977 (apud Petersen, 2004, p. 141).

Além disso, os anúncios dos riscos associados à pílula geralmente eram acompanhados da expectativa de que novas formulações pudessem melhorar o quadro de alternativas contraceptivas (vacinas, implantes, outras formulações de pílulas). Continuava-se, assim, a defender a contracepção e sua imprescindibilidade para o casal, às vezes também com o argumento de que nenhum desses riscos seriam maiores que os causados pela gravidez (Uma manobra a favor da pílula, Folha de São Paulo, janeiro de 1968, p. 20 apud Santana e Waisse, 2016, p. 209). Ainda no tocante à CPI americana, houve a publicação, em 1970, da tradução de um texto de autoria da médica Elizabeth Connel, da Universidade de Columbia, na revista Seleções. Ela testemunhou a favor da pílulas em tais audiências, argumentando que “a pílula

significava o medicamento mais libertador do século, em especial para a mulher; insistia em que o problema não estava no medicamento, mas no uso irresponsável dele, e que, com algumas exceções, quando o uso era acompanhado por um médico, a pílula era segura” (Connel, “A Pílula em Debate,” Seleções, 12/70, 12 apud Santana, 2015, p. 34). Assim, percebe-se que as informações que chegavam à imprensa brasileira ecoavam mais enfaticamente as posições dos médicos que defendiam a segurança da pílula que as críticas das feministas.

A partir do final da década de 1970, houve uma estagnação do debate na imprensa e a pílula passou a ser apresentada ao lado de outras opções anticoncepcionais, embora sua alta eficácia continuasse a ser sublinhada. Seus riscos passaram a ser menos enfatizados e considerados sob controle desde que com acompanhamento médico (Pereira, 2016, p. 92-93). Ademais, os laboratórios começaram a investir em versões de contraceptivos com menores doses hormonais e em outras combinações, o que foi associado a uma diminuição dos efeitos colaterais<sup>81</sup>. Tais mudanças contribuíram com o argumento de que os riscos seriam controlados e previsíveis (Pereira, 2016, p. 99).

É interessante notar, dessa forma, como as preocupações em torno dos efeitos colaterais do remédio, embora estivessem presentes no cotidiano das mulheres, foram relegadas a um segundo plano em relação às preocupações em torno do controle de natalidade. Entre 1960 e 1990, foram três as CPIs que abordaram o tema, enquanto os efeitos colaterais ganhavam muito menos atenção na mídia, mesmo entre feministas. A discussão sobre a informação dos riscos às usuárias da pílula parece ter sido ainda menor, não havendo, na década de 1970, nenhuma discussão na mesma dimensão da que ocorreu nas audiências dos Estados Unidos e nem a retirada do mercado de formulações da pílula consideradas mais perigosas.

É a partir de 1974 que se instauram as condições necessárias para que o impasse entre “anticontrolistas” e “antinatalistas” fosse superado, viabilizando um acordo<sup>82</sup>. Para isso, foi necessário uma acomodação das posições. Primeiramente, houve uma mudança da Igreja Católica, que passou a admitir que a vida sexual poderia ter outros fins que não a reprodução, além de assumir para si a defesa e divulgação dos “métodos naturais” de contracepção, o que foi explicitado na Encíclica *Humanae Vitae*. Ao longo do tempo também, a teoria dos militares

---

<sup>81</sup> Essas pílulas com menores doses de estrógeno e com outros tipos de progestágeno ficaram conhecidas como “pílulas de segunda geração”. Contudo, as pílulas da “primeira geração” continuaram no mercado, no Brasil, por um tempo maior que na Grã-Bretanha, onde sua venda foi restringida em 1969, e nos Estados Unidos, onde foram retirados do mercado em 1988 (Marks, 1999; Corrêa, 1998).

<sup>82</sup> Em 1974, o governo brasileiro assumiu oficialmente a posição de que o planejamento familiar seria um direito humano fundamental na Conferência Mundial de População em Bucareste, na Romênia, promovida pela Organização das Nações Unidas.

de que haveria a necessidade de uma “ocupação de espaços vazios” foi superada por aquela da Escola Superior de Guerra, que defendia que a “explosão demográfica” e a “ameaça interna” eram mais preocupantes que a “ameaça externa” (Fonseca Sobrinho, 1993, p. 135). É também a partir do fim da década de 1970 que o movimento feminista passa a defender uma alternativa articulada em torno da “saúde reprodutiva” e dos “direitos reprodutivos”<sup>83</sup>, que via o planejamento familiar como um direito humano que o Estado deveria promover sem impor (Fonseca Sobrinho, 1993, p. 161-162).

Nos anos 1980, o movimento feminista vai aos poucos privilegiando “uma política de reivindicações de ampliação do Estado – em prestação de serviços”, partindo do pressuposto de que a possibilidade de “livre escolha” em relação à maternidade depende, de maneira indispensável, da “existência de atendimento médico à contracepção, concepção, gravidez, parto, puerpério, às crianças” e da “prestação de informações pelas instituições médicas, educacionais e pela mídia sobre o corpo e a sexualidade”. Há, nesse sentido, uma diminuição da preocupação com a possibilidade de que os governos tenham objetivos diversos com o controle da fecundidade e um investimento na reformulação do sistema de saúde a partir da atuação de feministas dentro das instituições públicas (Régis, 1991, p. 62).

Nesse quadro, houve críticas similares às realizadas pelo movimento pela saúde das mulheres estadunidense no que se refere à pílula, dentre as quais, ao “uso das mulheres como cobaias em experiências com anticoncepcionais” e “a distribuição indiscriminada de pílulas sem acompanhamento médico” (Régis, 1991, p. 62-63). Criticaram ainda a “informação seletiva de métodos artificiais de regulação de fecundidade”, o monopólio da informação e exigiam a “transmissão de conhecimentos sobre todos os métodos contraceptivos existentes e todos os seus efeitos colaterais”. Denunciavam também um “ocultamento autoritário de informações, supondo ainda que não haveria menção ao diafragma e outros métodos, mas ênfase na pílula, o que indicaria a associação do Ministério da Saúde com os interesses das multinacionais de medicamentos” (Régis, 1991, p. 53). Por fim, pediam também a retirada do mercado de contraceptivos já proibidos em outros países (Régis, 1991, p. 63).

Entretanto, tais articulações foram demandas realizadas em direção ao Estado e não envolveram diretamente associações médicas ou a indústria farmacêutica. Também acabaram tendo pouca visibilidade, porque foram discussões que se deram em contextos institucionais e não foram amplamente divulgadas na mídia, com exceção da discussão sobre esterilizações em

---

<sup>83</sup> Sobre saúde reprodutiva, direitos reprodutivos, bem como saúde sexual e direitos sexuais, ver Corrêa (1997) e Alves e Corrêa (2003).

massa. A análise de Régis é que o movimento feminista, com suas críticas e exigências, ao mesmo tempo em que contestou o monopólio do poder da medicina, contribuiu “para a legitimação e criação de novos espaços de intervenção institucional” (Régis, 1991, p. 63), já que suas demandas incluíam mais acompanhamento médico. Houve uma diminuição, ao longo do tempo, dos grupos feministas focados em tratar dos corpos, contracepção e sexualidade com grupos de mulheres em associações de bairro, sindicatos e clubes de mães, dentre outros<sup>84</sup>. Assim, há uma legitimação do Estado e da medicina em torno das condutas de planejamento familiar, com ganhos políticos ao se associarem à democratização. Por outro lado, no entanto, há também ganhos para o movimento feminista, reconhecido como sujeito, interlocutor e produtor de verdades. Isso tudo “permitirá desdobramentos posteriores como a influência de grupos e militantes feministas na organização dos serviços de saúde que têm a mulher como clientela” (Régis, 1991, p. 59).

Foi nesse diálogo que o Ministério da Saúde passou a mobilizar o “Planejamento Familiar” de acordo com a “integralidade”, ou seja, a orientação em torno da contracepção só poderia acontecer a partir de um atendimento integral à saúde da mulher<sup>85</sup>. No documento final do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), não há nenhuma menção a justificativas demográficas para o planejamento familiar, falando apenas da “‘regulação da fertilidade’ como um direito fundamental da pessoa, uma simples parte componente de um direito maior, o da assistência à saúde” (Fonseca Sobrinho, 1993, p. 175-176). Para estratégia funcionar, no entanto, o Ministério da Saúde precisou desmobilizar os antagonistas “controlistas”, dentre os quais estariam os médicos ginecologistas e obstetras professores de diversas faculdades de Medicina do país, ligados à BEMFAM e ao Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança<sup>86</sup> (CPAIMEC) e presentes na Febrasgo e na Sociedade

---

<sup>84</sup> O Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, do qual Halana Faria faz parte, é uma exceção importante nesse quadro. Como vimos na introdução, o Coletivo é uma organização não governamental fundada em 1981 em São Paulo, que abriu seu ambulatório ao público em 1985, buscando, “construir alternativas para a experimentação de novos modelos de atenção em serviços conduzidos pelas feministas” (Diniz, 2000). Nos anos 1980, o Coletivo fez um trabalho relevante de divulgação e pesquisa sobre o diafragma, sendo o método mais utilizado por suas usuárias, seguido da pílula anticoncepcional (na população em geral, a pílula era muito mais utilizada). A ênfase no dispositivo estava relacionada à preocupação com os efeitos colaterais da pílula e à importância atribuída ao conhecimento do próprio corpo, com o qual o diafragma contribuiria mais que a pílula. Uma pesquisa realizada no âmbito do Coletivo em conjunto com a UNICAMP indicou uma eficácia do dispositivo superior à pílula, o que confirmou mais uma vez a situacionalidade da eficácia contraceptiva (Diniz, 2000; Ferreira et al, 1993).

<sup>85</sup> Resultante do 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, em 1984, a Carta de Itapeverica expressava a nova visão que feministas defenderam em torno da noção de integralidade: “a integralidade do sujeito mulher, que deve ser encarada como indivíduo e sujeito de direitos e percebida como uma totalidade, e não reduzida a um corpo reprodutivo, individual ou populacional” (D’Oliveira, 1999).

<sup>86</sup> O CPAIMEC foi uma “rede nacional de instituições médicas voltadas para a prestação de orientação e serviços de planejamento familiar à atenção materno-infantil”, com centralização no Rio de Janeiro (Fonseca Sobrinho, 1993, p. 137), Criado em 1974, firmou convênios com serviços médicos de outros estados, prestando assistência



Brasileira de Reprodução Humana (SBRH). Assim, o Ministério engavetou ou emitiu “pareceres contrários aos pedidos de importação de equipamentos, pílulas, DIUs etc., principalmente encaminhados pelo CPAIMC e a BEMFAM.” Além disso, empenharam-se em ocupar os Congressos de Ginecologia e Obstetrícia que estavam sendo articulados com vistas a combater o programa do governo (Fonseca Sobrinho, 1993, p. 178).

Dessa forma, aos poucos, essa nova concepção de “planejamento familiar” - na qual cabe à mulher “escolher”, aos médicos “auxiliar e monitorar a ‘decisão’” e ao Estado “assegurar” que a relação aconteça “da melhor forma possível” - também se consolidou entre médicos. Daniela Manica (2009) explicita que até a década de 1980, não havia consenso médico sobre o tema, havendo tanto os que defendiam o “controle de natalidade” quanto os que se aproximavam das feministas, vendo a contracepção como um direito. Contudo, aqueles que se aliaram às feministas acabaram por ter mais inserção na implementação da política de planejamento familiar tanto no âmbito nacional quanto internacional (Manica, 2009, p. 156-157).

Manica (2009) chama a atenção, no entanto, que todas essas negociações não tiveram resultados imediatos e que “as limitações encontradas para a implementação do PAISM, por exemplo, ou para a garantia do respeito aos direitos reprodutivos e sexuais são, ainda, significativas” (Manica, 2009, p. 161). Na ausência da implementação de uma lei de planejamento familiar que garantisse a oferta de contraceptivos nos serviços públicos de saúde - o que se daria apenas em 2007 - houve “apenas a regulação do funcionamento do mercado farmacêutico, ou seja, da utilização da contracepção pelas “consumidoras” dos laboratórios e indústrias farmacêuticas” (Manica, 2009, p. 157). Há, contudo, uma extensa bibliografia sobre o PAISM, seus êxitos e obstáculos, que não serão objeto de discussão nesta tese. O que interessa especialmente aqui é mapear os principais actantes e associações que tornaram possível uma estabilidade, ainda que relativa e temporária, em torno do planejamento familiar/contracepção.

Tal estabilidade composta em torno discurso da “paternidade responsável” deslocou os pressupostos neomalthusianos para duas questões que se entrelaçam, definidas por Tânia Dias e colegas como “perspectiva pós-neomalthusiana liberal-conservadora”:

- a) a articulação entre fecundidade, contracepção e saúde, na perspectiva de um desenvolvimento de uma política de saúde pública que pudesse incorporar os métodos contraceptivos; b) uma redefinição da noção de “planejamento familiar” em

---

técnica e transferindo tecnologia, além de intermediar financiamento. Em 1991, foi alvo, junto com a BEMFAM e a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF), da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito 1991, destinada a "examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil". A ABEPF, criada em 1981 pelo CPAIMC, já tinha 130 entidades associadas em 1986. Elsimar Coutinho foi um dos presidentes e também depôs na CPMI (Bhering, 2014).

uma lógica dual, onde, por um lado, se reconhecia a prerrogativa/direito dos casais/famílias de decidirem sobre a prole e, por outro, se cobrava a responsabilidade moral e cívica dos mesmos de não terem mais filhos do que aqueles que pudessem criar (Dias et al, 2018, p. 15).

Assim, ainda que o marco do planejamento familiar da época tenha ido em direção a um paradigma de direitos e saúde reprodutiva, a relação entre população e desenvolvimento econômico não se encerrou de maneira tão simples, e as classes populares, com número de filhos elevado para o padrão de classe média, continuaram sendo responsabilizados pela própria pobreza e pelo subdesenvolvimento nacional (Dias et al, 2018, p. 15).

Com isso, destaque: primeiro, a relação da entrada das pílulas anticoncepcionais no Brasil seguindo as tendências biopolíticas relacionadas à “explosão demográfica”; em segundo lugar, a consolidação da contracepção como um “problema médico” no Brasil; em terceiro lugar, a atuação das feministas e dos médicos e suas associações - principalmente Febrasgo e SBRH - após a chegada da pílula anticoncepcional no país; por fim, as modificações em torno das práticas discursivo-materiais em torno da pílula, indo de um foco no “controle de natalidade” para outro que entende a contracepção como “direito” - resultado de uma estabilização que viabiliza a implementação do planejamento familiar no Brasil. Essas tensões e alianças também têm seus desdobramentos atuais e repercutem nas controvérsias em torno da pílula.

### **1.11. Considerações finais**

Voltamos, enfim, às questões levantadas no início do capítulo. Partimos de enquadramentos contemporâneos da história da pílula anticoncepcional, performadas nas práticas médico-farmacêuticas e midiáticas em torno da ginecologia que estão respondendo às práticas de recusa ao dispositivo. Vimos, ali, uma apresentação da pílula como objeto desenvolvido visando a “potencializar a liberdade das mulheres” por meio da possibilidade de fazerem “sexo sem necessariamente engravidar”. Ao alcançar tal “propósito”, o dispositivo teria ainda sido “batizado como mãe da revolução sexual” e marcado “definitivamente a trajetória feminina na luta pelos seus direitos”. Destaco aqui o enquadramento presente no sítio “Vamos Decidir Juntos”, mas outros similares a esse são recorrentes nos congressos de ginecologia e na mídia tradicional, principalmente quando são abordadas as práticas de recusa aos contraceptivos orais. Então, ao longo dessa revisão bibliográfica sobre a história do desenvolvimento da pílula, bem como da sua recepção e primeiras controvérsias no Brasil e nos Estados Unidos, busquei dar visibilidade às inclusões e exclusões que esses enquadramentos atuais da história do dispositivo produzem. Entendo que tais enquadramentos contribuem para

a materialização da segurança das pílulas anticoncepcionais, já que tendem a enfatizar alguns supostos benefícios a ela associados (“liberdade”, “revolução” e “direitos” das mulheres) e invisibilizam alguns de seus riscos (sua associação ao controle de natalidade, por exemplo). Ao fazê-lo, produzem ainda efeitos nos aparatos de gênero e de biomedicalização, que serão retomados nessa conclusão, junto das principais diferenças entre as práticas atuais e aquelas presentes nas controvérsias anteriores.

Vimos que foi apenas a partir do início do século XX que forças políticas feministas passaram a fazer diferença significativa na legitimação mais ampla da contracepção, inclusive com argumentos em prol da “libertação sexual” e dos “direitos das mulheres”. Apesar de importante, no entanto, não teria sido suficiente para o desenvolvimento da pílula anticoncepcional e de sua legitimação social se não fossem as alianças com os movimentos eugênicos e neomalthusianos/populacionais. Foi principalmente a apreensão em torno do “problema da superpopulação” - condensando as ansiedades raciais e econômicas que já vinham do século XIX - a principal responsável por uma ampla aceitação da contracepção que culminou na materialização da pílula. Há, portanto, um progressivo afastamento das bandeiras feministas da liberdade sexual e dos direitos. Com tal afastamento, há também uma mudança no modelo de contraceptivo “ideal”, que se medicaliza. Caso fossem as demandas feministas que tivessem tomado a frente, dificilmente a pílula anticoncepcional teria sido a primeira escolha, já que a preferência era por menor dependência dos médicos.

Contudo, não é à toa que os nomes de Margaret Sanger e Katharine McCormick frequentemente aparecem quando se trata de associar a pílula a conquistas feministas nas configurações da ginecologia hegemônica. Ao sublinharem a participação dessas figuras, traduzem-na em evidência do propósito feminista da pílula. Ao mesmo tempo, as concessões e alianças com o movimento eugênico e neomalthusiano dificilmente aparecem. É preciso lembrar, sobretudo, que não foram as demandas feministas que convenceram os médicos e outros atores a se engajarem na formulação dos contraceptivos ou de emprestarem seu prestígio a eles. É necessário tomar cuidado, por outro lado, para não apagar tal participação feminista ou mesmo das mulheres envolvidas científica, técnica e financeiramente no desenvolvimento da pílula. O enquadramento da ginecologista Halana Faria, por exemplo, que descreve a atuação das mulheres na história da ginecologia como sendo utilizadas como “mercadoria”, “coisa descartável” e “cobaia”, corre o risco de produzir o grupo “mulheres”, reduzindo-as à passividade. Se a pílula aparece como sendo apenas criação de cientistas homens com interesses no controle de natalidade que utilizaram mulheres como cobaias, outras atuações são apagadas,

como as próprias bandeiras feministas, que também estavam presentes. Ademais, é preciso chamar a atenção para as contradições dentro da história dos feminismos, suas alianças e mudanças ao longo do tempo. Se a pílula foi considerada um triunfo científico por algumas feministas nos anos 1950, a forma como foi aprovada e distribuída foi duramente criticada por outras nos anos 1970. É necessário, portanto, levar em consideração as configurações nas quais essas reivindicações aparecem e se modificam, buscando um enquadramento mais matizado e menos cronocêntrico.

Além disso, vimos como a partir da década de 1970, a defesa das liberdades e direitos das mulheres não era hegemonicamente associada à pílula, fosse nos Estados Unidos ou no Brasil, fosse entre médicos ou entre feministas. Enquanto as feministas do movimento de saúde dos anos 1970 vincularam a pílula ao machismo da medicina, a sua defesa se deu principalmente em termos de sua eficácia contraceptiva frente à “explosão demográfica” e da comparação com os riscos (à saúde e à moral) associados ao aborto, gravidez, parto e puerpério. No Brasil, onde as mulheres receberam a pílula mais como um “mal necessário” do que como uma conquista, foi apenas a partir dos anos 1980 que um consenso em torno da contracepção como “direito” foi estabelecido. Ele se deu, contudo, não em associação à pílula, mas como resultado de reivindicações pela possibilidade de escolher (ou não) um método contraceptivo sem imposições a partir de informações sobre as opções disponíveis. Era um “direito” que se contrapunha, nesse sentido, ao “controle de natalidade” como imperativo e que não reconhecia a pílula como única forma de separação entre sexualidade heterocissexual e reprodução. Essa ideia repercute na apresentação de Halana Faria, quando ela diz que as mulheres que recusam a pílula hoje se ressentem porque não houve “muitas possibilidades de discutir outras opções de contracepção” para além dela, o que teria feito dela mais uma obrigação que uma conquista.

Tal consenso que estabelece a contracepção como direito, por um lado, é o que viabiliza afirmações como as que vimos no início do capítulo: a associação da pílula à conquista de liberdades e direitos, vocabulário incomum até os anos 1980, hoje funciona para sua defesa porque ressoa com o discurso hegemônico atual em relação à contracepção e à saúde reprodutiva, também atravessadas pela biomedicalização. Pelo menos até certo ponto, há um alinhamento entre as mobilizações feministas em torno das liberdades e direitos reprodutivos com o processo pelo qual a saúde passa a ser considerada responsabilidade do indivíduo, que deve atuar para, munido de informações e recursos, investir em sua saúde e realizar as melhores escolhas. Com o desenvolvimento da biomedicalização, práticas em torno do controle de natalidade perdem força em prol dos direitos dos pacientes enquanto consumidores. Nesse

sentido, mesmo as discussões em torno dos riscos e benefícios (traduzidos em segurança) dos contraceptivos passam a ser centrados mais nas usuárias que nas questões populacionais, pelo menos no âmbito mais oficial.

Contudo, nas descrições da campanha “Vamos Decidir Juntos”, as liberdades e direitos são associados à possibilidade de “separação entre sexualidade e reprodução” que teria sido proporcionada pelo surgimento da pílula e não à “escolha contraceptiva”, vinculada às feministas e/ou à biomedicalização. Dessa forma, o texto sobre o dispositivo na campanha apaga a parte da história na qual o “controle de natalidade” enquanto problema levou à reivindicação por direito à informação e à escolha. Invisibiliza-o, assim, como motivação para o desenvolvimento e distribuição da pílula, e também como um possível “risco” atual.

Outrossim, apresentar a pílula como “revolucionária” pela promoção da separação entre sexualidade e reprodução é, em primeiro lugar, reduzir a sexualidade ao coito e ter como horizonte apenas as relações heterocissexuais. Ao fazê-lo, ignora tanto outras formas de controle de fertilidade já existentes há séculos quanto as práticas sexuais não coitais, materializando a “liberdade das mulheres” apenas na pílula. Desconsidera ainda que a relação entre sexualidade (mesmo se reduzida ao coito) e reprodução já não era hegemonicamente enquadrada como “necessária” antes da pílula, com outras formas de contracepção já disponíveis e bem aceitas. Se não fosse dessa forma, dificilmente a materialização da pílula seria viável, já que dependeu da progressiva legitimação da contracepção. Ademais, não leva em conta que a eficácia contraceptiva não depende unicamente de um dispositivo, mas está relacionada a outras práticas, dentre as quais as relações de gênero e sexualidade. Se, hoje, mais de 55% das gravidezes não são planejadas no Brasil (25,5% não são desejadas no momento em que acontecem e 29,9% não são desejadas para nenhum momento)<sup>87</sup>, não é possível dizer que a existência da pílula anticoncepcional teve sucesso em separar de maneira tão revolucionária a prática do coito e reprodução. Dessa forma, a promoção da pílula enquanto objeto revolucionário estritamente vinculado à liberdade e a direitos atribui ao dispositivo efeitos que são muito mais contingentes e a ela correlacionados, sem uma causalidade unidirecional.

No tocante ainda ao aparato de gênero e biomedicalização, destaco a importância da ginecologia para a viabilização dos contraceptivos orais combinados e das intra-ações entre

---

<sup>87</sup> Os dados foram produzidos entre 2011 e 2012 pela pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz. Foram entrevistadas 23894 mulheres em maternidades públicas, privadas e mistas e incluiu 255 hospitais de médio e grande porte, localizados em 191 municípios, contemplando capitais e cidades do interior de todos os estados brasileiros (Fiocruz, 2014). A média mundial de gravidezes não planejadas é de 40% (Sedgh, Singh e Hussain, 2014).

ginecologia, materização hormonal de mulheridade e os hormônios contraceptivos para consolidar a medicalização e feminização da contracepção. Ainda, com a circulação do dispositivo, os hormônios estrógeno e progesterona se tornaram mais conectados à mulheridade e a contracepção (e a reprodução) se tornou cada vez mais reconhecida como responsabilidade das mulheres. Embora o conhecimento científico, já na década de 1930, tenha associado a fertilidade a apenas um curto período do ciclo menstrual, a tomada quase cotidiana de pílulas anticoncepcionais passou a dificultar o esquecimento, por parte daquelas que o consumiam, de seu potencial reprodutivo. Além disso, como vimos na introdução deste trabalho, o regime da medicação levou a uma padronização maior dos ciclos menstruais e da própria categoria “mulheres” enquanto associada a eles. Por outro lado, ao emprestar sua eficácia e simplicidade à ginecologia, a pílula acabou dando mais autoridade e alcance à disciplina, fazendo da contracepção uma de suas funções mais reconhecidas. Contudo, a pílula nunca se reduziu à contracepção, servindo, desde sua primeira aprovação (ou mesmo antes), como possível medicamento de "estilo de vida". Desde então, tais usos se proliferaram, mas mesmo indicações para aprimoramento da feminilidade, da sexualidade e do bem-estar já estavam presentes na década de 1960, ainda que com menos sucesso que hoje. Dessa forma, é possível que a pílula tenha sido (e continue sendo) tão ou mais revolucionária para a história da ginecologia e da indústria farmacêutica que para a história dos feminismos.

Por fim, reforço novamente que essas associações e apagamentos aparecem na dinâmica de resposta às recusas aos contraceptivos orais. Nessas respostas, há um reenquadramento da pílula a partir de uma descrição bem diferente daquela presente nas práticas de recusa. Argumento que tal reenquadramento, ao destacar supostos benefícios a ela associados (liberdade e direitos) e invisibilizar alguns de seus riscos (controle de natalidade), contribui para a materialização da segurança da pílula, categoria relacional produzida a partir do balanço entre riscos e benefícios. Assim, inadvertidamente ou não, trata-se de uma defesa da pílula. Sendo a história do dispositivo tão vinculada à da ginecologia, é razoável imaginar que as qualidades atribuídas ao primeiro produzem efeitos na segunda, e é nessa direção que a associação da pílula anticoncepcional à liberdade e a direitos também pode ser compreendida como uma defesa da ginecologia. Além disso, a participação da empresa farmacêutica Libbs (em parceria com a Febrasgo) na campanha Vamos Decidir Juntos também indica a imbricação desse outro actante nessa história. Levando-se em conta que se trata de uma empresa que vende pelo menos oito tipos de contraceptivos orais combinados, é claro que seus interesses na venda atravessam a campanha. É nesse quadro de sobreposição das histórias dos hormônios, da ginecologia e da

indústria farmacêutica que argumento que se trata de uma defesa dos contraceptivos orais combinados e de sua segurança frente às práticas de recusa recentes.

## **CAPÍTULO 2 – A “evolução” das pílulas anticoncepcionais e o risco de tromboembolismo venoso**

### **2.1 Evolução e segurança nos contraceptivos orais combinados**

**(...) Ao longo das últimas décadas, a comunidade científica e a indústria farmacêutica vêm investindo no aprimoramento do medicamento a fim de aumentar a segurança e reduzir os efeitos colaterais. (VDJ, 2021).**

Esse trecho, parte final da citação com que abri o capítulo anterior, descreve a história das pílulas anticoncepcionais combinadas como a história da busca, por parte da comunidade científica e da indústria farmacêutica, pelo “aprimoramento” de sua segurança e pela redução de seus efeitos colaterais. Como venho evidenciando desde a introdução deste trabalho, a tese defendida aqui é que as práticas da ginecologia hegemônica enfatizam os benefícios dos contraceptivos orais combinados e minimizam seus riscos, produzindo as pílulas como artefatos seguros. Tem-se como ponto de partida, portanto, uma performance de segurança como preponderância de benefícios sobre os riscos do dispositivo, ligado ao aparato de biomedicalização. Embora esse regime de risco e otimização (Clarke et al, 2010; Rose, 2007) não seja questionado nas controvérsias recentes em torno da pílula - já que mesmo nas práticas de recusa ao dispositivo, a avaliação da segurança aparece nesses termos -, ele é constantemente atualizado e reformulado. Nesse sentido, os enquadramentos do que é materializado como risco ou benefício depende de intra-ações específicas que não estão dadas a priori e que merecem ser descritas.

Nesse sentido, o objetivo geral do trabalho é descrever as práticas de produção de segurança da pílula nas respostas da ginecologia hegemônica às preocupações que têm circulado publicamente, principalmente em torno do risco aumentado de tromboembolismo venoso (TEV). Neste capítulo em específico, argumento que essas respostas incluem práticas de enquadramento da “pílula” (e de sua história) no qual se enfatiza a “evolução” de sua segurança. Assim, reconhece-se a existência de um risco grave relacionado à TEV, mas o situa principalmente no passado, nas pílulas antigas, com as quais as novas são contrastadas e avaliadas como “muito seguras”. Esse era também o entendimento que eu tinha sobre a história das pílulas antes de adentrar o mundo de suas controvérsias. Durante os dez anos que utilizei pílula, eu a via como um dispositivo que tinha causado muitos efeitos colaterais e mortes no passado (“nos anos 1960”), mas que hoje eram plenamente seguras - principalmente no tocante aos riscos graves que poderiam levar à morte - por conta das tão citadas diminuições de suas dosagens hormonais.



Ainda, durante o processo de pesquisa, quando me tornei uma “discordante” nos termos de Latour (2000), ou uma “desconfiante” nos meus próprios, demorei a reenquadrar a história dessas formulações quanto à sua segurança porque, em muitos congressos, aspectos muitos diversos de sua “evolução” apareciam sobrepostos e de forma linear. Assim, apesar de entender logo de início que riscos graves ainda eram associados às pílulas, continuei acreditando que tal risco tinha progressivamente diminuído com as novas formulações (“novas gerações”). Foi difícil também porque mesmo nas práticas de recusa ao dispositivo e na literatura feminista e das ciências sociais a respeito da pílula, essa configuração é apresentada da mesma forma, com poucas exceções.

Além de descrever os efeitos desse enquadramento “evolutivo” da segurança das pílulas nas atualizações e reformulações no aparato de biomedicalização (performances da ginecologia e enquadramentos de risco e otimização), busco também descrevê-las em relação ao aparato de gênero (performances de sexo, gênero e sexualidade). E ainda, contrastar tais enquadramentos com outros de controvérsias similares que aconteceram no passado a fim de compreender especificidades das práticas semiótico-materiais recentes. Assim, este capítulo tem como objetivo abrir a “caixa-preta” dos “contraceptivos orais combinados (COCs)”, como são chamadas as “pílulas anticoncepcionais” na literatura ginecológica<sup>88</sup>. Se tantas vezes “a pílula” aparece no singular, o objetivo aqui é apresentar parte de suas múltiplas atuações semiótico-materiais, tendo como ponto de partida a Febrasgo, seus congressos e documentos e a literatura mais recente sobre contracepção hormonal. Como o enquadramento evolutivo das pílulas se relaciona com sua divisão em gerações? Quais as práticas e efeitos desse enquadramento? Como as diferentes gerações são materializadas em intra-ação com o risco de TEV?

Para este capítulo, o livro “Ciência em Ação” de Bruno Latour (2000) é uma importante inspiração teórico-metodológica. Para esse autor, a materialização dos fatos científicos depende de debates e práticas posteriores a uma afirmação que se pretenda fato. Ele escreve:

(...) o destino das coisas que dizemos e fazemos está nas mãos de quem as usar depois. Comprar uma máquina sem questionar ou acreditar num fato sem duvidar tem a mesma consequência: fortalece a situação do que está sendo comprado ou acreditado, robustece-o como caixa-preta. Desacreditar ou, digamos, ‘descomprar’ uma máquina ou um fato é enfraquecer sua situação, interromper sua disseminação, transformá-lo em beco sem saída, reabrir a caixa-preta, seccioná-la e recolocar seus componentes em outro lugar. Deixados à própria mercê, uma afirmação, uma máquina, um processo se perdem. Atentando apenas para eles, para suas propriedades internas, ninguém consegue decidir se são verdadeiros ou falsos, eficientes ou ineficientes, caros ou baratos, fortes ou fracos. Essas características só são adquiridas pela incorporação em

---

<sup>88</sup> Utilizarei aqui “pílulas” como sinônimo de contraceptivos orais combinados, que são aqueles compostos por um tipo de estrogênio e um tipo de progestagênio, embora existam também pílulas contraceptivas feitas apenas de progestagênios, sobre a qual se afirma que não há associação a risco aumentado de tromboembolismo.

outras afirmações, outros processos e outras máquinas. Essas incorporações são decididas por nós, individualmente, o tempo todo. Confrontados com uma caixa-preta, tomamos uma série de decisões. Pegamos? Rejeitamos? Reabrimos? Largamos por falta de interesse? Robustecemos a caixa-preta apropriando-nos dela sem discutir? Ou vamos transformá-la de tal modo que deixará de ser reconhecível? É isso o que acontece com as afirmações dos outros em nossas mãos, e com as nossas afirmações nas mãos dos outros. Em suma, a construção de fatos e máquinas é um processo coletivo (Latour, 2000, p. 52-53).

Nesse sentido, o autor vai ao encontro do que afirma Ilana Löwy, quando diz que “não é porque são universais que os conhecimentos científicos circulam, eles são universais porque circulam” (Löwy, 2000, p. 31). Trata-se aqui, portanto, de descrever parte dessa circulação que contribui na materialização das pílulas anticoncepcionais como seguras. Refiro-me a práticas de tradução que se situam nas fronteiras entre o que Fleck (2010) chamou de círculos esotéricos e círculos exotéricos, e que chamo aqui de “ciência dos manuais”. O objetivo, portanto, é seguir os rastros de tais práticas buscando compreender como associações são fortalecidas em direção a fatos científicos ou enfraquecidas em direção à ficção a depender de intra-ações específicas.

Ainda em relação à articulação entre círculos esotéricos e exotéricos, Latour também argumenta como se trata de uma via com duas direções: por um lado, quanto mais abrimos caixas-pretas e vamos em direção às condições de produção das associações/afirmações, mais o debate se torna “técnico” e controverso (Latour, 2000, p. 53-54). Por outro lado, no entanto, a divulgação da ciência

segue a mesma via da controvérsia, mas na direção oposta; foi por causa da intensidade dos debates que fomos levados lentamente das sentenças não-técnicas, de um grande número de concorrentes verbais mal equipados, para um pequeno número de concorrentes bem equipados que escrevem artigos. Se quisermos aumentar de novo o número de leitores, precisaremos diminuir a intensidade da controvérsia e reduzir os recursos. Esse reparo é útil porque a dificuldade de se escreverem artigos ‘populares’ sobre ciência é uma boa medida do acúmulo de recursos nas mãos de poucos cientistas. É difícil divulgar a ciência porque ela é planejada para alijar logo de cara a maioria das pessoas. Não espanta que professores, jornalistas e divulgadores encontrem tanta dificuldade quando tentamos trazer de volta os leitores excluídos. (Latour, 2000, p. 88).

É um enquadramento que se soma ao de Fleck (2010), que argumenta que a “apresentação popular” abre mão dos detalhes e das polêmicas e acaba por simplificar. Além disso, investe-se em uma “execução esteticamente agradável, viva e ilustrativa” e na “avaliação apodítica”, ou seja, a simples aprovação ou reprovação, sem meios termos (Fleck, 2010, p. 166). Já a ciência dos manuais, que seria talvez uma primeira tradução da “ciência dos periódicos” em direção à apresentação popular, seria marcada pela “seleção e composição ordenada” dos trabalhos dos periódicos, pela decisão sobre “o que deve ser considerado como conceito fundamental”, sobre os métodos que serão “chamados louváveis”, sobre os rumos vistos como

“prometedores”, dentre outros. Veremos ao longo deste capítulo como se dão essas traduções e quais as diferenças entre as associações apresentadas aos ginecologistas e as apresentadas às potenciais usuárias das pílulas combinadas sobre a história do dispositivo, sua divisão em gerações e o risco de TEV.

## **2.2 As pílulas anticoncepcionais e as respostas ginecológicas à sua associação ao risco de tromboembolismo venoso (TEV): material analisado**

A fim de responder essas questões, tomei a Febrasgo como ponto de partida para rastrear os actantes que atuavam no enquadramento das pílulas anticoncepcionais. Para este capítulo, selecionei o material a ser analisado com foco na multiplicidade dos contraceptivos orais combinados e em sua história material-semiótica, principalmente a produção da diferença entre as “gerações” das pílulas anticoncepcionais e o risco de TEV. Assim, o corte agencial realizado aqui privilegia as partes que tratam dessa temática dos seguintes materiais: o sítio da campanha “Vamos Decidir Juntos”, fruto de uma parceria entre a Libbs e a Febrasgo, o *lunch meeting*<sup>89</sup> no 57º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO) intitulado “Anticoncepção hormonal. O que é real e o que é imaginário?”, também patrocinado pela Libbs, e o volume quatro da Série Orientações e Recomendações Febrasgo, intitulado “Tromboembolismo Venoso e Contraceptivos Hormonais Combinados”, publicado, enfim, também com o apoio da Libbs<sup>90</sup> (Machado et al, 2016). Trata-se, portanto, de um âmbito específico a ser analisado: a atuação da associação entre pílulas e risco de trombose nas redes de ginecologistas (no caso do simpósio no 57º CBGO e no documento de orientação da Febrasgo) e em uma campanha direcionada ao público leigo (“Vamos Decidir Juntos – Contracepção Consciente”).

Como relatado na introdução da tese, o sítio da Febrasgo, ao divulgar o lançamento da campanha “Vamos Decidir Juntos – Contracepção Consciente”, noticiou que seu objetivo era:

ampliar a discussão sobre contracepção, os métodos mais indicados para cada perfil e cada momento de vida. Além disso, **a campanha quer desmistificar e esclarecer a população sobre o risco real associado ao uso da pílula anticoncepcional e os raros casos de complicações cardiovasculares, como a trombose venosa.** Pouco é

---

<sup>89</sup> *Lunch Meetings* é como são chamados os simpósios patrocinados que acontecem no horário de almoço dos congressos. Na entrada do auditório, são entregues sacolas com um almoço. Nesse caso, foram entregues lanches da rede de *fast food* Subway.

<sup>90</sup> Esse apoio vem explicitado na última página do documento. Na penúltima página, há uma propaganda de página inteira da empresa. Nela, há uma foto de duas mulheres sorrindo olhando uma para outra. Enquanto a mulher branca está focada, a negra está fora do foco e a primeira está segurando um halter. Na foto, estão escritas as palavras “Somos inspirados pela vida”. Abaixo da foto, junto ao logotipo da empresa, há a frase: “E é por isso que produzimos medicamentos que vão além de suas funcionalidades. Isso significa não apenas desenvolver produtos eficazes e confiáveis para tratar da saúde dos pacientes, mas inovar em formulações e apresentações que proporcionam conforto, bem-estar e facilidade de uso. Tudo isso tem um porquê: porque se trata da vida.” Embaixo desses dizeres, há ainda o sítio da empresa: “libbs.com.br”.

discutido, mas o número de casos de trombose tem incidência maior no pós-parto, por exemplo (Febrasgo, 2017b).

Na mesma reportagem, o sítio da própria campanha, que é também seu principal instrumento, é apresentado como sendo uma “plataforma digital com informações seguras e baseadas em orientações médicas, vídeos com especialistas, textos e artigos sobre o tema”. Além disso, é apresentado como “um espaço para que as mulheres tirem suas dúvidas sobre os métodos contraceptivos” com o fim de “estimular que a mulher faça uma autorreflexão sobre sua vida sexual, seu momento de vida e sua saúde e leve os questionamentos para seu médico”. Por fim, em reportagem para *IstoÉ*, na qual a campanha era divulgada, o ginecologista e então presidente da Febrasgo, César Eduardo Fernandes<sup>91</sup>, é parafraseado afirmando que a campanha foi motivada “pelo desconhecimento que as mulheres têm sobre os métodos anticoncepcionais” e citado dizendo que “lamentavelmente, somos obrigados a fazer uma consulta curta e não é possível falar sobre tudo, então a campanha vai alavancar a divulgação [de todos os métodos]”. O médico teria ainda reforçado que “A paciente é soberana em sua decisão, o médico é apenas o consultor”<sup>92</sup>.

O sítio da campanha<sup>93</sup> é dividido em cinco seções: “*Home*”, a página inicial (ver Figura 2), onde lê-se: “Explicações sobre os diferentes métodos anticoncepcionais, indicações, riscos, ações no corpo, mitos e verdade”, “Informações respaldadas por médicos para ajudar na tomada de decisão sobre o melhor método anticoncepcional para você e seu parceiro” e “Entenda melhor todos os métodos anticoncepcionais e escolha, junto com seu médico e seu parceiro, o mais adequado para você”. A segunda seção, intitulada “Contracepção”, é subdividida em outras três, intituladas: “Métodos Contraceptivos”, “Pílulas Anticoncepcionais” e “O Bom da Pílula”<sup>94</sup>. A terceira seção se intitula “Trombose” e é composta por uma definição da TEV e chamadas para outros textos e vídeos sobre o tema que serão trabalhados neste e no próximo capítulo. A seção seguinte se chama “Mitos e verdades” e reúne um texto sobre ovulação e período fértil e outro sobre menstruação. A quinta seção é intitulada “Fale com a gente”, na

---

<sup>91</sup> Em 2021, o ginecologista foi eleito presidente da Associação Médica Brasileira (AMB).

<sup>92</sup> Agência Brasil. Campanha incentiva escolha segura de contraceptivos. *IstoÉ*, 24 de mar. 2017. Disponível em: <<https://istoe.com.br/campanha-incentiva-escolha-segura-de-contraceptivos/>>. Acesso em 05 de maio de 2019.

<sup>93</sup> <https://www.vamosdecidirjuntos.com.br/>.

<sup>94</sup> Interessante notar que houve uma mudança nessa apresentação. Em julho de 2019, as opções na aba “Contracepção” eram: “Qual método combina mais com você?”, “Métodos definitivos” e “Pílulas anticoncepcionais”. Houve uma ênfase maior, nessa mudança, na apresentação das pílulas, que já recebiam um destaque anteriormente, mas passaram a receber dois. Nessa versão anterior, havia também uma seção intitulada “Notícias”, onde 25 notícias de outras mídias, relacionadas à anticoncepção, eram agrupadas. Dentre elas, 14 se referiam à contracepção hormonal, sete falavam especificamente do risco de trombose e oito tratavam da própria campanha “Vamos Decidir Juntos”.

qual é possível enviar mensagens para a campanha. Já a sexta (“Conteúdo”) e a sétima seção (“Vídeos”) reúnem vídeos nos quais ginecologistas tiram dúvidas sobre a pílula, seu uso, riscos e benefícios. Por fim, há uma seção chamada “ELA” que redireciona para o sítio de um portal da Febrasgo, descrito como “uma plataforma de relacionamento” de “uma das mais respeitadas entidades médicas de saúde feminina do país”. Segundo o próprio portal, os temas abordados são “saúde feminina, bem-estar, filhos, comportamento e carreira & empreendedorismo”<sup>95</sup>. Em todas as páginas do sítio estão presentes os logotipos da Febrasgo e da Libbs Indústria Farmacêutica e, ao fim, da primeira página, lê-se que “todos os conteúdos do site são embasados em referências de credibilidade”<sup>96</sup>.

---

<sup>95</sup> Disponível em: < <https://feitoparaela.com.br/>>. Acesso em: 20/04/2021.

<sup>96</sup> É possível clicar acima da palavra “referências”, que nos direciona para uma página onde estão listadas as referências: [portal.anvisa.gov.br](http://portal.anvisa.gov.br), [febrasgo.com.br](http://febrasgo.com.br), [contracepcao.org.br](http://contracepcao.org.br), [sobrac.org.br](http://sobrac.org.br), [portalsaude.saude.gov.br](http://portalsaude.saude.gov.br) e [ibge.gov.br](http://ibge.gov.br).

Figura 2 - Página inicial do sítio da campanha “Vamos Decidir Juntos - Contraceção Consciente”

The screenshot displays the homepage of the website. At the top, there is a navigation menu with links for HOME, CONTRACEÇÃO, TROMBOSE, MITOS E VERDADES, FALE COM A GENTE, CONTEÚDO, VÍDEOS, and ELA. The main header features a large image of two women talking, with a pink text box that reads: "Encontre aqui informações sobre contraceção consciente para decidir, junto de seu médico, o método mais adequado para você!" and a "CONHEÇA" button. Below this is a teal banner with the hashtag "#VamosDecidirJuntos" and a subtext: "Algumas decisões sobre a saúde acabam se perdendo no meio de tantas tarefas cotidianas e elas podem não ser mais adequadas ao que **realmente** precisamos."

The main content area is titled "Já parou para PENSAR?" and contains three numbered questions:

1. **Converso com o meu médico** sobre o método anticoncepcional que estou usando?
2. Será que ele **ainda é o mais indicado** para minhas necessidades?
3. **Estou informada** sobre os riscos e benefícios de cada método?

To the right of these questions, there is a text block: "Aqui você encontra **informações seguras e respaldadas por médicos** para esclarecer suas dúvidas e, junto do seu médico, fazer a melhor escolha de acordo com seu perfil e momento atual. Afinal, a contraceção é uma **escolha individual com responsabilidades compartilhadas**. **Pronta para entrar nesse debate?** Então vem com a gente para reunir informações valiosas para a próxima consulta!"

The footer includes the campaign logo "#VAMOS DECIDIR JUNTOS", the text "CONTRACEÇÃO CONSCIENTE", logos for "Parceiros" febrasgo and Libbs, and a "Referências" section stating "Todos os conteúdos do site são embasados em referências de credibilidade." with a "CONFIRA" button. At the very bottom, there is a copyright notice "© 2021 #vamosdecidirjuntos - todos os direitos reservados." and the agency name "Agência Digital Lema".

Fonte: <http://vamosdecidirjuntos.com.br/>.

Quanto ao volume quatro da Série Orientações e Recomendações Febrasgo sobre pílulas e tromboembolismo venoso (Machado et al, 2016), os editores César Eduardo Fernandes (então

presidente da Febrasgo) e Marcos Felipe Silva de Sá (diretor científico), escrevem na apresentação:

Estas Diretrizes elaboradas pela Comissão Nacional Especializada de Anticoncepção da FEBRASGO trazem importantes informações para os médicos que rotineiramente prescrevem COCs, **procurando, de forma prática, chamar atenção para pontos essenciais do conhecimento sobre seus efeitos e riscos, para que possam, com segurança, orientar as suas pacientes para o seu uso adequado, de forma a minimizar os riscos de TEV** (Machado et al, 2016, p. 3, grifos meus).

Da mesma forma que a campanha “Vamos Decidir Juntos”, é possível afirmar que a publicação dessa recomendação é uma forma de resposta à frequente associação das pílulas ao risco aumentado de TEV nas diferentes mídias, que se referem tanto a artigos científicos quanto a histórias de mulheres usuárias de pílulas que foram afetadas pela doença. Contudo, seu alvo são os ginecologistas, dentre os quais o documento afirma que as notícias também tiveram grande repercussão. Parece se dirigir aos profissionais clínicos tanto no sentido de tranquilizá-los a respeito do risco quanto de guiá-los na tarefa de acalmar as potenciais usuárias. Na apresentação e na introdução da recomendação, lê-se:

Por atingir uma população jovem, que são as usuárias de COCs, os eventos de TEV, quando ocorrem, encontram **grande repercussão na comunidade médica e têm forte ressonância na imprensa leiga**. Por esta razão, **é muito importante que os prescritores de COCs tenham segurança na escolha de suas pacientes e que estas sejam devidamente esclarecidas e orientadas antes de iniciar o seu uso** (Machado et al, 2016, p. 3, grifos meus).

**Evidências contraditórias e a influência da mídia sobre o risco de tromboembolismo venoso atribuído ao componente progestagênico das pílulas mais recentes têm levado as mulheres ao medo e à confusão sobre a segurança dos contraceptivos orais**. A avaliação de risco individualizada deve ser sempre realizada visando identificar mulheres para melhor aconselhamento contraceptivo (Machado et al, 2016, p. 10, grifos meus).

Para responder às ansiedades em torno do risco de trombose associado às pílulas, o objetivo do documento é descrito como sendo “analisar de forma crítica os aspectos epidemiológicos e clínicos da associação entre o TEV e os contraceptivos hormonais combinados, além de trazer recomendações práticas de interesse na rotina do ginecologista diante das opções contraceptivas” (Machado et al, 2016, p. 12). Na seção intitulada “Métodos”, afirma-se consistir em uma “revisão da literatura” e que “Os tópicos selecionados relacionaram-se à fisiologia do sistema de coagulação, aos efeitos dos esteroides sexuais sobre a coagulação, aos dados clínicos e epidemiológicos do TEV em usuárias de COCs e a outros métodos combinados” (Machado et al, 2016, p. 13). Recortando o que é de mais interesse aqui, o foco da análise estará, sobretudo, nos dados clínicos e epidemiológicos de TEV nas usuárias de COCs. Por fim, o documento descreve a base de dados utilizada para a revisão, o PubMed, a

ferramenta utilizada para busca dos termos relacionados à temática, a *Medical Subject Headings* (MeSH)<sup>97</sup>, e afirma ter incluído estudos publicados até outubro de 2016 (Machado et al, 2016, p. 13).

Por fim, o *lunch meeting* patrocinado pela Libbs<sup>98</sup> que ocorreu no 57º CBGO em 2017, lotou um grande auditório – composto em sua maioria por mulheres – do Centro de Convenções Hangar, em Belém (PA). Tratava-se de um simpósio intitulado “Anticoncepção hormonal. O que é real e o que é imaginário?” e foi composto por três palestras: “A evolução da anticoncepção – abordagem da redução de risco ao longo dos anos”, pelo ginecologista Frederico, que tinha cargo de direção na Febrasgo; “Aspectos relevantes da trombose na mulher”, pelo membro da Comissão Nacional Especializada em Tromboembolismo Venoso e da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia Eduardo, e “Novos estudos sobre segurança da Drospirenona”, pelo membro da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo, Marcelo. Os três atuam no estado de São Paulo e ocupam posições de destaque na Febrasgo.

Antes do início do evento, as telas principais exibiam vídeos promocionais da campanha “Vamos Decidir Juntos”, indicando que mais de 120 mil pessoas já haviam acessado o sítio e convidando as pessoas a fazê-lo. Também passavam imagens do evento de lançamento da campanha. Além disso, havia vídeos com propagandas do anticoncepcional de uso contínuo Elani 28, do Elani Ciclo e do Iumi, todos compostos pelo estrogênio etinilestradiol e pelo progestagênio drospirenona, junto da campanha da mesma empresa (Libbs) intitulada “Viva sem TPM”. Frederico abriu o debate se referindo aos casos de trombose que estavam sendo divulgados nas “mídias sociais” associados às pílulas anticoncepcionais e que, segundo ele, acabavam incorrendo em erros. Reforçou também que o foco da campanha “Vamos Decidir Juntos” era a contracepção hormonal e tinha como objetivo “esclarecer a sociedade sobre a real dimensão desse risco”. Isso indica que todas essas iniciativas estão relacionadas e que se trata de uma busca por modificar o enquadramento que as pílulas anticoncepcionais ganharam nos últimos anos em sua associação ao risco aumentado de trombose.

---

<sup>97</sup> A ferramenta teria sugerido os seguintes termos: “treatment outcome para contraceptivos, contraceptive agents, female ou contraceptive agents, female (pharmacological action), oral contraceptives, combined oral contraceptives e contraceptives, combined oral. Quanto ao tromboembolismo, o termo thromboembolism, venous sugeriu variações como deep venous thrombosis, venous thromboembolism e thrombosis” (Machado et al, 2016, p. 13).

<sup>98</sup> A Libbs foi a principal patrocinadora do 57º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, que contou com a participação de 3000 inscritos, segundo sítio da própria Febrasgo.



Por fim, também trabalho com outras duas apresentações de ginecologistas que ocupam posições relevantes na Febrasgo e são frequentemente chamados a falar sobre a controvérsia em torno do risco aumentado de TEV com as pílulas em diferentes congressos regionais, bem como em entrevistas à mídia. Primeiro, uma teleaula dirigida aos médicos e proferida por Rogério Bonassi Machado, membro da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo, intitulada “Benefícios não contraceptivos e segurança dos anticoncepcionais com progestagênios antiandrogênicos”. A aula está disponível na plataforma *vimeo* pelo perfil da McCann Health, empresa de marketing médico, e apoiada pela empresa Grünenthal e pela Febrasgo<sup>99</sup>. Além disso, levo em conta outra apresentação de Eduardo, uma conferência patrocinada pela empresa Sanofi e intitulada “A magnitude do TEV na mulher”, proferida no dia 04 de agosto de 2018 no XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia.

Sublinho aqui que os congressos de ginecologia que frequentei não são congressos de pesquisadores nos quais há debate sobre suas pesquisas específicas. Os congressos são compostos, em sua grande maioria, de “aulas”<sup>100</sup> de 15 a 30 minutos, nos quais médicos que também pesquisam e são professores em universidades ensinam outros médicos. Além disso, tais pesquisadores não têm como foco as pesquisas que estão desenvolvendo ou desenvolveram, mas apresentam, de maneira resumida, o que se apresenta como estado da arte em torno de determinado tema, como uma revisão com recomendações práticas para os clínicos. Assim, as pesquisas científicas são apresentadas de maneira bastante simplificada, ilustrativa e selecionada, da mesma forma que o são no documento das recomendações da Febrasgo. Ainda assim, são menos simplificadas, ilustrativas e selecionadas do que o são na plataforma “Vamos Decidir Juntos”, dirigida a leigos.

### **2.3 Tromboembolismo venoso (TEV) e seus efeitos**

Na seção “Trombose” do sítio da campanha “Vamos Decidir Juntos”, afirma-se que a pílula anticoncepcional é o método contraceptivo preferido das mulheres. Citando o IBGE, dizem ser “a escolha de 61% das brasileiras” ou “14 milhões de pessoas”<sup>101</sup>. Contudo, afirmam

---

<sup>99</sup> Disponível em: <<https://vimeo.com/265387853>>. Publicado em 18/04/2018. Acesso em 28/11/2018.

<sup>100</sup> As apresentações são chamadas de “aulas”, sejam elas nos congressos ou quando disponibilizadas pelas Febrasgo online.

<sup>101</sup> Disponível em: <https://www.vamosdecidirjuntos.com.br/trombose>. Acesso em: 15/05/2019. Não há, no sítio, menção à pesquisa específica a que se refere. Contudo, é o dado produzido pela Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, sobre “Mulheres de 18 a 49 anos de idade que ainda menstruam e usam algum método para evitar a gravidez”. Segundo o resultado, 61,6% usam pílula, porém não há diferenciação entre pílulas combinadas

que sua associação a relatos de trombose “têm virado motivo de grande preocupação” e perguntam: “Será que realmente existe risco?” Depois dessa introdução, há a resposta à pergunta “O que é trombose?”, respondida da seguinte forma:

Tromboembolismo Venoso é a formação de um coágulo de sangue (trombo) dentro de uma veia que causa obstrução e interrupção do fluxo de sangue em artérias e veias de diversas partes do corpo. Uma das formas mais comuns de trombose é quando o trombo de sangue se forma nas veias profundas das pernas, o que chamamos de Trombose Venosa Profunda (TVP). O trombo pode soltar-se e migrar para outras áreas do corpo, como os pulmões, originando o Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Outros locais podem ser acometidos pelos trombos, como a retina, os membros superiores e o cérebro. (VDJ, s.d.).

Já segundo o documento de Recomendações da Febrasgo “Tromboembolismo Venoso e Contraceptivos Hormonais Combinados”, que tem como foco os especialistas, a explicação é mais complexa. Consta que “A trombose venosa profunda (TVP) caracteriza-se pela formação de trombos dentro de veias profundas, com obstrução parcial ou oclusão, ocorrendo em 80% a 95% das vezes nos membros inferiores. Pode afetar também os braços, as veias esplâncnicas e o cérebro” (Machado et al, 2016, p. 17). Quando afeta o cérebro, a trombose resulta em um tipo de acidente vascular cerebral chamado trombose venosa cerebral (TVC). Na maior parte dos casos, no entanto, a formação de trombos se dá apenas nas veias profundas das pernas (chamada TVP distal), não havendo sintomas e com “resolução espontânea”. Contudo, quando há extensão para a veia femoral e outras veias da região (então chamada TVP proximal), os sintomas são mais frequentes - dor e inchaço na perna, vermelhidão na panturrilha e endurecimento muscular” - e há maiores riscos de complicações. Dentre essas complicações, o documento destaca:

**Há 50% de chance de um paciente com TVP proximal não tratada desenvolver embolia pulmonar em três meses.** Uma importante complicação da TVP é a síndrome pós-trombótica que se desenvolve em **20% a 50% dos pacientes e pode resultar em dor crônica e sensação de peso na perna, edema e úlceras.** A recorrência pode ocorrer em 10% das pacientes nos cinco anos seguintes. (Machado et al, 2016, p. 17, grifos meus).

A embolia pulmonar é a complicação mais preocupante, já que na maior parte das vezes não apresenta sintomas e tem uma taxa de sobrevivência “pior do que a de TVP, com morte súbita em 25% dos casos atendidos, o que pode ser reduzido a 15% com a prescrição de um anticoagulante. Nesses casos se impõe o diagnóstico precoce” (Machado et al, 2016, p. 17). Quando sintomática, pode provocar dificuldade para respirar, dor torácica e hipotensão e a

---

ou apenas de progesterônio. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5547#resultado>. Acesso em 01/05/2020.

mortalidade é estimada em “5% a 15% dos indivíduos não tratados com TVP” (Machado et al, 2016, p. 12).

O material analisado neste capítulo se dedica ao “tromboembolismo venoso”, seja na sua associação à trombose venosa profunda (TVP) ou ao tromboembolismo pulmonar (TEP), que são os eventos que obtiveram mais centralidade nos congressos, documentos e na mídia nos últimos anos. Segundo o ginecologista André Malavasi, “Uma em cada quatro mortes no mundo é em decorrência de um coágulo que finda a vida”<sup>102</sup>, sendo “uma das principais causas de morte hospitalar evitável” e há uma estimativa de que “a cada 37 segundos uma pessoa no mundo morre por causa de um coágulo sanguíneo” (Machado et al, 2016, p. 17).

Sublinho aqui que em todas essas “respostas”, trata-se, sobretudo, do “tromboembolismo venoso”, que podem assumir a forma de trombose venosa profunda (TVP), trombose venosa cerebral (TVC) ou embolia pulmonar (TEP). Contudo, os contraceptivos orais combinados também são associados ao risco aumentado de “trombose arterial”, que podem levar ao infarto agudo do miocárdio, à trombose arterial periférica e ao acidente vascular cerebral isquêmico. Não tratarei desses tipos de tromboembolismos porque não são alvo de controvérsias atuais e porque são consideradas muito menos frequentes: segundo Vieira, Oliveira e Sá (2007), durante a menacme<sup>103</sup>, acontecem um caso de trombose arterial para cada 5-10 casos de TEV. Destaco, ainda assim, que há certa estabilização em torno da associação entre a diminuição das dosagens de estrogênio nas pílulas e a diminuição do risco de trombose arterial, mesmo que ainda seja o dobro para usuárias de contraceptivos hormonais combinados (com doses de estrogênio menores que 50 microgramas) em relação às não usuárias. Já quanto ao progestagênio presente nessas pílulas, estabeleceu-se um consenso nas últimas décadas de que não faz diferença nesse risco (Brito, Nobre e Vieira, 2011).

## **2.4 Multiplicidade semiótico-material na história dos contraceptivos orais combinados**

Conforme vimos no primeiro capítulo, os primeiros progestagênios com potencial para contraceptivo oral foram dois 19-nor-esteroides: a noretisterona, produzida pela empresa Syntex em 1951, e o noretinodrel, desenvolvido no âmbito da G. D. Searle em 1952. Embora a noretisterona tenha sido sintetizada primeiro e seu pedido de patente tenha sido realizado quase

---

<sup>102</sup> Segundo notícia veiculada no sítio da Febrasgo, intitulada “Trombose na Mulher: um novo desafio na Ginecologia e Obstetrícia?”, publicada em 13/10/2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/214-trombose-na-mulher-um-novo-desafio-na-ginecologia-e-obstetricia>. Acesso em: 10/05/2019.

<sup>103</sup> Menacme é o nome médico que se dá ao período da vida no qual há ciclos menstruais.

dois anos antes, foi o noretinodrel o primeiro progestagênio a ser patenteado nos Estados Unidos, em novembro de 1955, seis meses antes da noretisterona. Segundo Lara Marks, isso se deu porque a Searle era uma empresa americana com sede em Chicago, fazendo com que seus funcionários estivessem em uma posição melhor para enfrentar a burocracia que os da Syntex, mexicana. Uma maior demora era comum quando se tratava de medicamentos de empresas com base em outros países. Da mesma forma, foi o noretinodrel o primeiro a ser adotado em uma pílula contraceptiva, a Enovid®, composta de 9,85 miligramas do progestagênio em conjunto com 150 microgramas do estrogênio mestranol (Marks, 2001, p. 71-72).

Embora os progestagênios fossem superficialmente parecidos e ambos tivessem atividade progestativa (sendo por isso efetivos na contracepção), havia diferenças significativas no tocante à reação quando metabolizados: enquanto a noretisterona possuía algumas propriedades androgênicas, o noretinodrel tinha qualidades estrogênicas. Em 1957, Pincus justificou a decisão de usar o composto da Searle (noretinodrel) em parte porque não possuía os efeitos androgênicos ocasionalmente observados com a noretisterona. Além disso, o noretinodrel teria se mostrado clinicamente melhor, mostrando-se mais efetivo na supressão da ovulação entre coelhas e, nos testes de larga escala com humanas, mostrou-se superior à noretisterona no “controle de ciclo”, impedindo escapes menstruais, o que foi atribuído a seus efeitos estrogênicos<sup>104</sup>. Já em 1956, portanto, Pincus e colegas sabiam que o estrogênio era crucial para a prevenção de escapes menstruais, ao mesmo tempo em que perceberam que, caso a dose fosse alta demais, o hormônio causava náusea e dores nas mamas (Marks, 2001, p. 72-75).

Além da Enovid® com mestranol e noretinodrel, a noretisterona também foi aprovada para problemas ginecológicos em 1957 com o nome comercial Norlutin®, mas sem acompanhamento do estrogênio. Só se tornou oficialmente pílula contraceptiva, contudo, em 1963, sob o nome Ortho-Novin® (ou Ortho-Novum®), desta vez combinada com o estrogênio mestranol. Isso só foi possível depois que a Syntex se uniu a Ortho, uma divisão da Johnson e Johnson, para a comercialização do remédio. Outras pílulas lançadas em 1964 também tiveram noretisterona na composição, combinadas tanto com o mestranol (Norynil®) quanto com o etinilestradiol (Norlestrin®). Essas foram apenas as primeiras de muitas composições que surgiriam. Ainda na década de 1950, outros progestagênios já estavam sendo testados, muitos derivados da noretisterona e outros da progesterona. O mais relevante a ser citado aqui, no

---

<sup>104</sup> “Controle de ciclo” é a forma que os ginecologistas se referem à regularização e previsibilidade dos sangramentos ditos menstruais. Já os escapes menstruais seriam esses sangramentos fora do momento esperado, ou seja, no intervalo da pílula anticoncepcional.

entanto, foi a produção, em 1968, pela empresa Wyeth<sup>105</sup>, do norgestrel, derivado da noretisterona. Foi o primeiro progestagênio a ser feito de uma síntese química total e, posteriormente, foi usado para desenvolver o levonorgestrel, principal progestagênio de “segunda geração”, que permitiu uma diminuição significativa também nas doses de estrogênio e que é utilizado ainda hoje. Por fim, ainda na década de 1960 surgiram os regimes sequenciais e os contraceptivos apenas de progestagênio. Outras variações nas dosagens, embalagens e nas fórmulas fizeram com que, em 1973, houvesse já entre 25 e 30 tipos de contraceptivos orais no mercado em diversos países. Já em 1992, havia 430 marcas diferentes, manufaturados por nove companhias farmacêuticas (Marks, 2001, p. 75-77).

Chamo atenção para essa história aqui por dois motivos. Primeiro para enfatizar que, dentre os motivos que Pincus deu preferência ao noretinodrel em detrimento da noretisterona, estava a sua ausência de atividade androgênica e a presença de atividade estrogênica. Como vimos nos capítulos anteriores, desde o início do século XX, reitera-se uma associação do estrogênio (e da progesterona) às mulheres, e dos androgênios (testosterona, principalmente) aos homens, mesmo depois de os bioquímicos romperem com as noções de “hormônios masculinos” e “hormônios femininos” e de os endocrinologistas defenderem uma teoria quantitativa da diferença sexual. Embora a preferência pelo progestagênio com efeitos estrogênicos tenha sido justificada em termos de sua melhor contenção dos escapes menstruais e de uma melhor supressão da ovulação, houve também uma resistência à ação androgênica em “corpos femininos” por conta dos traços deixados pelos enquadramentos hormonais da diferença sexual. Até mesmo porque, quando combinados com estrogênio, esses “problemas” seriam resolvidos independentemente do progestagênio utilizado.

Em segundo lugar, sublinho essa história por conta da importância do levonorgestrel, progestagênio derivado da noretisterona que veremos bastante neste capítulo. É um progestagênio considerado de segunda geração que está presente em diversas pílulas combinadas atualmente, além de ser o principal ativo dos sistemas intrauterinos (SIU) e das pílulas de emergência vendidas no país. Pesquisas epidemiológicas o enquadram como o progestagênio mais seguro em termos de risco tromboembólico, o que muitas vezes é justificado em termos de sua atividade androgênica, como veremos ao longo do capítulo.

As mudanças de enquadramento dos progestagênios com propriedades androgênicas e estrogênicas surgiram com as primeiras controvérsias em torno do risco de trombose associado às pílulas combinadas já no fim da década de 1960. Vimos no primeiro capítulo como a

---

<sup>105</sup> A Wyeth foi comprada pela Pfizer em 2009.

dosagem do estrogênio foi associada ao aumento do risco de trombose, tendo, por essa razão, suas doses progressivamente diminuídas (de maneira mais rápida na Grã-Bretanha que nos Estados Unidos e no Brasil). Tal associação, contudo, só se estabeleceu de maneira mais definitiva no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, quando essas pílulas saíram completamente do mercado estadunidense e brasileiro<sup>106</sup> (Marks, 2001, p. 155). Ao mesmo tempo, tal associação também produziu efeitos nas escolhas dos progestagênios, dando início a uma certa desconfiança em torno daqueles associados a efeitos estrogênicos, como era o caso do noretinodrel. Assim, Marks descreve como a noretisterona (com seus efeitos androgênicos) e seus derivados obtiveram cada vez mais importância em detrimento do noretinodrel e seus efeitos estrogênicos depois dessas primeiras controvérsias, principalmente na Grã-Bretanha, onde as pílulas com dosagens estrogênicas maiores foram proibidas já nos anos 1960. Foi assim que a Searle perdeu grande parte do mercado em 1968 e a Syntex, com seus compostos comercializados também pela Schering, Ortho, Parke-Davis e Lilly, alcançou 50% do mercado britânico em 1969 (Marks, 2001, p. 79-82).

Além disso, Watkins (1998) mostra como a Searle modificou sua estratégia de promoção de suas pílulas com noretinodrel (Enovid®) depois que as associações de estrogênios com trombose apareceram: se em um primeiro momento tais pílulas eram promovidas pela garantia de sua segurança, com a visibilização desse risco, passou-se a enfatizar a ausência de propriedades androgênicas da pílula combinada, anunciando-a como “a primeira molécula totalmente feminina para o controle cíclico da ovulação” (Watkins, 1998, s. p.). Aqui vemos novamente a reiteração da diferença sexual e de gênero materializada nos hormônios. A presença de propriedades androgênicas em um progestagênio - ainda que a progesterona fosse

---

<sup>106</sup> Pesquisas continuaram sendo realizadas nos anos 1970 e 1980, até que a associação foi melhor estabelecida e estabilizada. Marks exemplifica com algumas pesquisas maiores desse período: “Em 1989, um estudo britânico, por exemplo, indicou que a taxa de trombose venosa e acidente vascular cerebral trombótico era de 12 por 10.000 mulheres naquelas que haviam tomado anticoncepcionais orais contendo mais de 50 microgramas de estrogênio, enquanto era de apenas 3,5 por 10.000 para aquelas que tomaram 50 microgramas. Outra investigação realizada entre mulheres do Michigan Medicaid com idades entre 15 e 44 anos, publicada pela FDA no início de 1990, também sugeriu uma relação entre a potência do estrogênio e o tromboembolismo venoso, confirmando que os anticoncepcionais orais contendo menos de 50 microgramas de estrogênio eram mais seguros do que as doses mais altas (Marks, 2001, p. 155, tradução minha). Ainda conforme Marks: “No final de 1978, 40% de todas as mulheres que utilizavam a pílula anticoncepcional nos Estados Unidos recebiam pílulas contendo 100 microgramas de estrogênio. Entre 1970 e 1986, o uso americano de anticoncepcionais orais contendo mais de 50 microgramas de estrogênio diminuiu de 65% do mercado para 3,4%. Embora isso significasse que o número de mulheres que tomavam as doses mais altas caiu de 7,5 milhões em 1970 para 400.000 em 1986, ainda representava um número significativo. O que era mais preocupante era que as mulheres com idades entre 35 e 39, ou seja, o grupo de maior risco de desenvolver complicações trombóticas ao tomar anticoncepcionais orais, tiveram duas vezes mais chances de receber pílulas de estrogênio em altas doses do que as mulheres mais jovens. Além disso, mais de 400.000 mulheres estavam tomando anticoncepcionais orais contendo entre 80 e 100 microgramas de estrogênio” (Marks, 2001, p. 139-140, tradução minha).

um hormônio historicamente associado ao ciclo ovulatório e à gravidez (ainda que presente nos corpos humanos em geral) - fez dele uma molécula “menos feminina” ou “mais masculina”. Pouco importa, nesse sentido, que os hormônios sexuais, compartilhando da mesma estrutura esteroide com outros hormônios, fossem facilmente manipulados e transformados: hormônios “femininos” se convertem em “masculinos” (e vice-versa) e corticosteroides/colesterol em hormônios sexuais. Pouco importa ainda que tais transformações ocorressem não só em laboratório, mas também nos corpos designados masculinos e femininos, e que se soubesse da presença de androgênios em corpos marcados como femininos desde o início do século XX (Marks, 2001, p. 64; Oudshoorn, 1994). Permanecia um enquadramento no qual os estrogênios eram associados às mulheres e à feminilidade e os androgênios aos homens e à masculinidade.

Entretanto, ainda que na década de 1970 já houvesse algum receio em torno das propriedades estrogênicas de certos progestagênios por conta da associação desse hormônio ao risco aumentado de TEV, não havia estabilização em torno disso. Até a década de 1990, o único consenso amplamente estabelecido em torno de tal risco estava relacionado às doses de estrogênios das pílulas combinadas, que vinham sendo progressivamente diminuídas, e não aos progestagênios. Contudo, há uma mudança relevante nos anos 1980. Como demonstra Oudshoorn (2003) em seu livro sobre a pílula masculina, a década foi marcada por um aumento da consciência pública em torno das doenças cardiovasculares como grande ameaça à saúde dos homens. Isso teria se dado por conta da publicação de relatórios científicos que indicavam que mudanças no perfil lipídico relacionados a ação dos androgênios, particularmente a diminuição no colesterol HDL, poderiam causar trombose arterial.

Ainda que as controvérsias abundassem, a autora argumenta que isso influenciou as pesquisas com os contraceptivos masculinos, que tiveram que começar a medir o impacto dos dispositivos (compostos de androgênios) no perfil lipídico de seus usuários. A autora afirma que pesquisas já mostravam que a administração de androgênios interferia no HDL desde 1973, mas a comunidade científica não reconhecia que essa interferência se traduzia clinicamente em aumento de casos de trombose arterial. Ainda assim, com o aumento da pressão pública, foram forçados a buscar meios alternativos de administração ou menores dosagens dos hormônios a fim de evitar qualquer interferência no colesterol, pois assim aumentariam a aceitabilidade do contraceptivo masculino (Oudshoorn, 2003, p. 95-96).

O que quero destacar aqui, no entanto, são os efeitos dessa visibilidade da associação entre androgênios, interferência no HDL e risco de trombose arterial para os contraceptivos orais combinados objetos desta tese. Essa visibilidade fez com que os progestagênios com

propriedades androgênicas presentes nas pílulas femininas também fossem questionados em sua segurança em relação ao risco de trombose arterial. Supôs-se que os efeitos androgênicos dos progestagênios pudessem estar interferindo nos casos de trombose associados às pílulas anticoncepcionais. Conforme escrito no manual de ginecologia endocrinológica *Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility* (2019)<sup>107</sup>:

Provavelmente, a maior influência para o esforço que levou à produção de novos progestagênios foi a crença, ao longo da década de 1980, de que os efeitos metabólicos androgênicos eram importantes, especialmente em termos de doenças cardiovasculares. Os efeitos colaterais cardiovasculares são agora conhecidos por serem devidos a uma estimulação da trombose relacionada à dose do estrogênio, e não secundários a efeitos metabólicos, como alterações lipídicas. Na busca por compostos que minimizassem os efeitos androgênicos, entretanto, as empresas farmacêuticas tiveram sucesso<sup>108</sup> (Taylor, Pal e Sell, 2019, s. p., tradução minha)

Ou seja, segundo os autores, é provável que a busca por novos progestagênios nos anos 1980 - os chamados de terceira geração - se deu por conta da associação do progestagênio com propriedades androgênicas (o levonorgestrel, de segunda geração) ao possível aumento de risco de trombose arterial. Os mesmos autores argumentam, contudo, que essa evidência não apareceu até hoje e que “o mecanismo das complicações cardiovasculares é, sem dúvida, um mecanismo agudo de curto prazo”, com a trombose arterial sendo um “efeito relacionado ao estrogênio” (Taylor, Pal e Sell, 2019, s. p., tradução minha)<sup>109</sup>. Assim, em princípio há um contraste entre a dúvida em relação ao papel dos progestagênios androgênicos no risco de trombose arterial nos anos 1980 e a aparente estabilização atual da ausência de relação entre os progestagênios e o risco de trombose arterial. Embora o risco de trombose arterial não seja o foco desta tese e nem tenha sido alvo de tantas controvérsias atualmente, entendo que é importante tratar dele na medida em que foi uma das justificativas pela busca por progestagênios de terceira geração, os chamados “antiandrogênicos”.

Por outro lado, Elizabeth Watkins (2012) argumenta que a busca por novos progestagênios pode ter outras razões. A autora comenta que, com a grande variedade de marcas com os mesmos efeitos contraceptivos disponíveis no mercado, as empresas tiveram que buscar

---

<sup>107</sup> Tive acesso ao manual por meio de citações, por palestrantes, no congresso de ginecologia e obstetrícia da Sogesp, realizado de forma online por conta da pandemia de coronavírus, em 2020.

<sup>108</sup> No original: Probably the greatest influence on the effort that yielded the new progestins was the belief throughout the 1980s that androgenic metabolic effects were important, especially in terms of cardiovascular disease. Cardiovascular side effects are now known to be due to a dose-related stimulation of thrombosis by estrogen and not secondary to metabolic effects such as lipid changes. In the search to find compounds that minimize androgenic effects, however, the pharmaceutical companies succeeded.

<sup>109</sup> Os autores mencionam ainda que, “nas últimas duas décadas”, houve uma “campanha publicitária considerável sobre a importância do impacto dos anticoncepcionais orais no perfil de colesterol e de lipoproteínas”, o que não se comprovou (Taylor, Pal e Sell, 2019, s. p., tradução minha). A importância do progestagênio nesse risco foi descartada a partir de pesquisas iniciadas nos anos 1990 e 2000 (Roach et al, 2015).



uma forma de fazer com que seus produtos se destacassem da multidão. Para isso, a autora afirma que fizeram uso de três táticas. A primeira delas teria sido o desenvolvimento de novos progestagênios nas pílulas combinadas nos anos 1980, os chamados progestagênios de “terceira geração”. Exemplos desses progestagênios seriam o desogestrel e o norgestimato. O primeiro foi testado e aprovado na Europa nos anos 1980 e se tornou disponível nos Estados Unidos em 1992, mesmo ano em que o norgestimato também foi aprovado. São caracterizados por uma maior atividade progestativa - o que se traduziria na possibilidade de menores doses dos hormônios<sup>110</sup> - e ausência de atividade androgênica. Essa ausência foi, por sua vez, associada à redução da acne e do hirsutismo<sup>111</sup>, se nem sempre de forma consensual, pelo menos nas promoções dessas novas pílulas (Watkins, 2012).

A menor atividade androgênica do norgestimato foi utilizada como a base da aprovação do Ortho Tri-Cyclen®, da Johnson e Johnson, na FDA, para o tratamento da acne<sup>112</sup>. Marks (2001) chama atenção para como a empresa viu as vendas do contraceptivo triplicarem depois dessa aprovação, tornando-se o mais vendido nos Estados Unidos. O medicamento foi amplamente anunciado em revistas voltadas ao público feminino do país, com fotos de modelos acompanhadas da legenda “*beauty aid for women 15 and over*” (“produto de beleza para mulheres com 15 anos ou mais”) (Marks, 2001, p. 6). Foi essa expansão das indicações dos contraceptivos orais combinados que Watkins identificou como sendo a segunda tática para algumas marcas se destacarem no mercado (Watkins, 2012).

A terceira tática foi reformular as pílulas como drogas de supressão menstrual, como bem já evidenciado no trabalho de Nucci (2012) e Manica (2003, 2009, 2011) já citados na introdução desta tese. Os “regimes estendidos” começaram a ser aprovados em 2003, com o Seasonale® da Barr Pharmaceuticals, ainda que o seu uso para esse fim já acontecesse na prática<sup>113</sup>. Watkins (2012) mostra como uma peça de propaganda do Enovid® em 1960 o promovia em torno da possibilidade de adiar a menstruação “*for convenience, for peace of mind,*

---

<sup>110</sup> Embora a maior atividade progestativa desses progestagênios permitisse menores doses, isso não teve relevância para o risco de trombose. Além disso, as doses são muito menores se comparadas com as pílulas de primeira geração, mas em relação ao levonorgestrel (segunda geração), a diferença não é tão significativa, como se pode ver no Quadro 1.

<sup>111</sup> Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia, hirsutismo é “um aumento da quantidade de pelos na mulher em locais comuns ao homem.” Disponível em: <https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/hirsutismo/12/>. Acesso em: 20/08/2021.

<sup>112</sup> Embora os médicos já receitassem pílulas combinadas para tratamento de acne desde os anos 1960, essa pílula teria sido a primeira a ganhar a aprovação formal dessa indicação (Watkins, 2012).

<sup>113</sup> Nesse caso, que é também o do Seasonique de que fala Nucci (2012), não há inovação no progestagênio, mas no chamado “regime contraceptivo”, que é nesse caso “estendido” em relação aos anteriores, de 24 ou 21 dias. São compostas de levonorgestrel, progestagênio considerado de segunda geração, não sendo promovido tanto pela redução da acne, dos pelos e da TPM, mas pela diminuição dos sangramentos.

*for full efficiency on critical occasions*” (Watkins, 2012, p. 1469). E mesmo os anúncios que depois passaram a promovê-lo como contracepção não deixaram de mencionar a supressão menstrual como possibilidade. De toda forma, o uso deixa de ser *off label* para ser promovido pelas marcas diretamente como diferencial.

Por fim, a expansão mais recente teria sido a aprovação da indicação, desde 2006, da pílula Yaz®, da Bayer, como tratamento de síndrome pré menstrual (SPM)<sup>114</sup> e da acne. A drospirenona, progestagênio aprovado pela primeira vez em 2001 com a marca Yasmin®, também da Bayer, é considerado de “quarta geração”. As marcas da Bayer, principalmente, tiveram grande sucesso, com o Yasmin® chegando a ter 17% do mercado global de vendas de contraceptivos orais. Em 2009, o Yaz® foi o contraceptivo mais vendido no mercado americano (Watkins, 2012). A autora assinala, por fim, que foram diversos processos judiciais perpetrados por mulheres que sofreram com efeitos colaterais dos contraceptivos orais<sup>115</sup>, o que mostraria descontentamento, por parte de usuárias, com os métodos contraceptivos existentes. Por outro lado, no entanto, entende que as companhias farmacêuticas estariam satisfeitas com esse quadro, oferecendo apenas pequenos adendos de estilo de vida aos quase mesmos contraceptivos orais antigos, procurando maximizar os lucros e diminuir suas perdas, mais que desenvolver inovações científicas (Watkins, 2012, p. 1471).

No Brasil, dentre os progestagênios considerados de quarta geração, a primeira pílula anticoncepcional foi a Yasmin® (com drospirenona), lançada no ano de 2003, à época ainda associada ao laboratório Schering, e hoje à *Bayer Healthcare Pharmaceuticals*. Em sua bula há a indicação de “benefícios para retenção de líquidos de origem hormonal<sup>116</sup>” e sintomas como acne e seborreia. Em 2007, foi lançada a Yaz®, com 20 microgramas de etinilestradiol e três miligramas de drospirenona, cuja bula também se refere à melhora em casos de SPM. Por fim, em 2017 foi lançado o Yaz Flex®, com “regime estendido flexível”, que promete deixar a usuária “escolher quando menstruar”. É promovido em conjunto com um *software* aplicativo

---

<sup>114</sup> Sobre diferenças relevantes entre o que se convencionou chamar de tensão pré menstrual (TPM) e a síndrome pré menstrual (SPM), vale conferir o trabalho de Miriam Mariano (2012), cujo argumento principal é que, embora a SPM (categoria biomédica) e a TPM (categoria leiga) tenham pressupostos comuns, como a diferenciação biológica natural e universal entre homens e mulheres, aglutinam diferentes questões.

<sup>115</sup> Essa inclusive seria uma das razões citadas por Carl Djerassi (1989), químico que contribuiu para o desenvolvimento da pílula anticoncepcional e que escreveu artigos tratando da falta de inovação na pesquisa sobre anticoncepcionais a partir dos anos 1980, para explicar o afastamento da indústria farmacêutica da pesquisa e desenvolvimento de contraceptivos nos anos 1980. Segundo a autora, dispositivos médicos e farmacêuticos de uso de longo prazo e outros com propósitos cosméticos são especialmente vulneráveis a esse tipo de processo judicial (Watkins, 2012).

<sup>116</sup> Isso se transformou, na promoção da pílula, em “perda de peso” (Sanabria, 2016). Esse efeito diurético ou de perda de peso associado à drospirenona é tido como temporário, não durando mais que três meses (Vigo, Lubianca e Corleta, 2011).

para celulares de mesmo nome, que promete auxiliar a gerenciar essa flexibilidade no “controle de ciclo”. A empresa Libbs tem suas versões das mesmas composições e regimes: o Elani Ciclo® é análogo ao Yasmin®; o Iumi® é análogo ao Yaz®; o Iumi Es®, da Libbs, apresenta a mesma composição e uma proposta parecida ao Yaz Flex®, inclusive com um *software* aplicativo associado. Por fim, a Libbs ainda promove o Elani 28®, primeira pílula a ser indicada em bula para uso contínuo sem previsão de pausas (também com drospirenona). As pílulas da Libbs, junto à Yaz Flex®, foram as mais evidenciadas nos simpósios patrocinados dos congressos dos quais participei. Destaco aqui as pílulas com drospirenona tanto pela relevância que ocupam nesses congressos quanto porque é foco de maior controvérsia em relação ao risco aumentado de trombose (quando em comparação às pílulas com levonorgestrel), como veremos adiante. Outras pílulas, no entanto, principalmente com progestagênios de terceira e quarta geração, também apareciam em panfletos e nos estandes da indústria farmacêutica nos congressos que participei.

Ao mesmo tempo que aconteciam tais mudanças e expansões nas indicações de pílulas anticoncepcionais, as controvérsias em torno da trombose reacenderam. Em outubro de 1995, as pílulas voltaram às manchetes de jornais na Grã-Bretanha por conta de uma pesquisa coordenada pela OMS que indicava que sete marcas de pílulas de baixa dosagem, contendo os progestagênios gestodeno ou desogestrel (terceira geração), aumentavam o risco de trombose<sup>117</sup>. O caso chamou atenção, sobretudo, porque tais pílulas foram lançadas com a promessa de redução do risco tromboembólico, quando as pesquisas mostravam que tinham o dobro do risco das pílulas com levonorgestrel (segunda geração). Como em uma espécie de repetição da controvérsia de 1969, os Estados Unidos não agiram e a Grã-Bretanha tomou as medidas mais incisivas, com o governo alertando os médicos e mulheres sobre esse risco aumentado das pílulas de terceira geração<sup>118</sup>. Passado algum tempo, no entanto, pesquisadores e agências de diferentes países chegaram a um consenso no qual esse risco seria aceitável quando em comparação aos ditos benefícios dessas pílulas, configurando portanto a sua segurança. Alguns pesquisadores ainda levantaram a possibilidade de haver fatores de confusão nessas pesquisas que estivessem enviesando os dados. Ou seja, a controvérsia quanto ao que

---

<sup>117</sup> As medidas foram tomadas com base em três artigos antes mesmo de serem publicados (Poulter et al, 1995; Jick et al, 1995; Spitzer et al, 1996).

<sup>118</sup> Da mesma maneira que em 1969, houve um vazamento para a imprensa que motivou a ação, também em um momento que o governo perdia popularidade. A porcentagem das mulheres britânicas que tomavam pílulas de terceira geração diminuiu de 55% para 12%, com muitas mudando para pílulas de segunda geração. A comunidade médica, contudo, desaprovou a ação, considerada prematura e baseada em evidências inconclusivas, já que se deu antes mesmo de os artigos serem publicados, passando por cima da revisão por pares (Marks, 2001, p. 155-156).

constituía evidência de interferência das pílulas no risco de trombose continuou, ainda que a controvérsia pública tenha arrefecido. Embora as ações de diferentes governos não tenham sido uniformes, houve um declínio no consumo de pílulas de terceira geração naquele momento, mesmo em países em que os governos não emitiram advertências (Marks, 2001, p. 155-156).

Na volume 4 da série de orientações e recomendações da Febrasgo (“Tromboembolismo Venoso e Contraceptivos Hormonais Combinados”), esse movimento é descrito da seguinte maneira:

O tromboembolismo venoso é historicamente atribuído aos estrogênios contidos nos primeiros anticoncepcionais. Entretanto, a partir de 1995, estudos envolvendo COCs de baixa dose mostraram que o risco poderia ser maior entre aqueles contendo novos progestagênios, gerando controvérsias quanto ao uso das novas formulações contraceptivas (Machado et al, 2016, p. 12).

Finalmente então chegamos às controvérsias mais recentes, que já incluem também a associação do risco de trombose venosa às pílulas de quarta geração, com o progestagênio drospirenona, ainda que digam também respeito às de terceira geração (e às pílulas em geral). Conforme já comentei por meio do trabalho de Nucci (2012) e Watkins (2012), as pílulas de quarta geração foram especialmente sucesso de vendas e alvo de processos judiciais nos Estados Unidos, além de se envolverem em polêmicas por conta da ênfase nos seus efeitos “extracontraceptivos”. Além disso, as agências regulatórias dos Estados Unidos (FDA), da Europa (European Medicines Agency - EMA) e do Brasil (Anvisa) alertaram, no início da década de 2010, sobre o risco aumentado associado às pílulas de terceira e quarta geração quando em comparação com as de segunda geração. Seguindo outras agências regulatórias, a Anvisa publicou em 27 de outubro de 2011

**Dois artigos publicados no British Medical Journal<sup>119</sup> levantaram a questão de saber se há maior risco de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar em mulheres que tomam contraceptivos orais combinados que contêm o progestagênio drospirenona, em comparação com o risco em mulheres que tomam contraceptivos orais contendo o progestagênio levonorgestrel. Esses estudos relataram um risco duas a três vezes maior de eventos tromboembólicos venosos ou tromboembolismo venoso em mulheres que usam contraceptivos orais contendo drospirenona, em vez de levonorgestrel.** Estudos publicados anteriormente também abordaram o risco de coágulos sanguíneos em mulheres que usam pílulas anticoncepcionais contendo drospirenona. Esses estudos tiveram resultados conflitantes. (...) **Ressaltamos que, nesse momento, o perfil benefício-risco dos anticoncepcionais contendo drospirenona permanece favorável, desde que o medicamento seja utilizado sob supervisão médica e de acordo com as orientações contidas na bula.** A área de Farmacovigilância da Anvisa acompanha o perfil de segurança dos medicamentos no mercado e solicita que os profissionais de saúde notifiquem, especialmente, reações adversas graves, mesmo que descritas em bula, pelo sistema NOTIVISA, disponível no sítio da Anvisa pelo endereço

---

<sup>119</sup> Os artigos, que constam nas referências da nota, são Parkin et al (2011) e Jick et al (2011).

eletrônico: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm> (Anvisa, 2011, grifos meus<sup>120</sup>).

Já em 2013, com referências ao FDA (2012) e ao EMA (2013), recomendou atenção também para as pílulas de terceira geração, também associadas de maneira mais enfática aos seus efeitos secundários, como vimos com Watkins (2012), junto com as de quarta.

**Em outubro de 2012, a agência norte-americana (*Food and Drug Administration – FDA*) concluiu que os medicamentos à base de drospirenona poderiam estar associados a um risco maior de coágulos sanguíneos quando comparados a outros medicamentos à base de progestinas, com base em uma revisão de estudos observacionais recentes. Quatro meses depois, a agência europeia (*European Medicines Agency*) iniciou uma revisão da segurança dos COCs, onde foi comparado o risco de tromboembolismo venoso dos contraceptivos chamados de 3ª ou 4ª geração com aquele associado aos COCs de 2ª geração (à base de levonorgestrel e noretisterona). (...) Terminada a revisão, a agência europeia publicou, no dia 11 de outubro, um parecer com afirmação de que os benefícios de todos os COCs continuam a superar os riscos associados ao seu uso. Tal informação ainda está sendo avaliada tecnicamente pela Anvisa, porém as recomendações divulgadas no documento ratificam aquelas já inseridas nas bulas brasileiras (...) O profissional médico e as usuárias de contraceptivos de 3ª ou 4ª geração devem estar atentos para quaisquer sinais e sintomas de tromboembolismo, que podem incluir dor ou inchaço intenso nas pernas, dificuldade repentina para respirar, respiração acelerada ou tosse, dor no peito, e fraqueza ou dormência no rosto, braço ou perna. (...) A Anvisa monitora continuamente os medicamentos e solicita aos profissionais de saúde e pacientes que notifiquem os eventos adversos ocorridos com o uso de qualquer medicamento (Anvisa, 2013, grifos meus)<sup>121</sup>.**

Provavelmente tais notas das agências reguladoras foram gatilho importante para as reportagens que começaram a circular em torno da associação entre pílulas (principalmente de terceira e quarta geração) e trombose. A partir dessa circulação, bem como da solicitação por

---

<sup>120</sup>ANVISA. **Drospirenona**: risco aumentado de formação de coágulos sanguíneos. 27 de nov. de 2011. Disponível em <[http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_assetEntryId=2919553&\\_101\\_type=content&\\_101\\_groupId=33868&\\_101\\_urlTitle=drospirenona-risco-aumentado-de-formacao-de-coagulos-sanguineos-&redirect=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fresultado-de-busca%3Fp\\_p\\_id%3D3%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-1%26p\\_p\\_col\\_count%3D1%26\\_3\\_groupId%3D0%26\\_3\\_keywords%3Danticoncepcionais%26\\_3\\_cur%3D1%26\\_3\\_struts\\_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26\\_3\\_format%3D%26\\_3\\_formDate%3D1441824476958&inheritRedirect=true](http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2919553&_101_type=content&_101_groupId=33868&_101_urlTitle=drospirenona-risco-aumentado-de-formacao-de-coagulos-sanguineos-&redirect=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fresultado-de-busca%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-1%26p_p_col_count%3D1%26_3_groupId%3D0%26_3_keywords%3Danticoncepcionais%26_3_cur%3D1%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26_3_format%3D%26_3_formDate%3D1441824476958&inheritRedirect=true)>. Acesso em 20 de mar. de 2021.

<sup>121</sup> ANVISA. **Contraceptivos Orais Combinados (COCs) de 3ª ou 4ª geração**: riscos de distúrbios trombóticos/tromboembólicos. Atualização das informações.07 de nov. de 2013. Disponível em: <[http://antigo.anvisa.gov.br/informacoes-tecnicas13?p\\_p\\_id=101\\_INSTANCE\\_WvKKx2fhjdjM2&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_pos=1&p\\_p\\_col\\_count=2&\\_101\\_INSTANCE\\_WvKKx2fhjdjM2\\_groupId=33868&\\_101\\_INSTANCE\\_WvKKx2fhjdjM2\\_urlTitle=contraceptivos-orais-combinados-cocs-de-3-ou-4-geracao-riscos-de-disturbios-tromboticos-tromboembolicos-atualizacao-das-informacoes-&\\_101\\_INSTANCE\\_WvKKx2fhjdjM2\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_INSTANCE\\_WvKKx2fhjdjM2\\_assetEntryId=2916509&\\_101\\_INSTANCE\\_WvKKx2fhjdjM2\\_type=content](http://antigo.anvisa.gov.br/informacoes-tecnicas13?p_p_id=101_INSTANCE_WvKKx2fhjdjM2&p_p_col_id=column-1&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&_101_INSTANCE_WvKKx2fhjdjM2_groupId=33868&_101_INSTANCE_WvKKx2fhjdjM2_urlTitle=contraceptivos-orais-combinados-cocs-de-3-ou-4-geracao-riscos-de-disturbios-tromboticos-tromboembolicos-atualizacao-das-informacoes-&_101_INSTANCE_WvKKx2fhjdjM2_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_INSTANCE_WvKKx2fhjdjM2_assetEntryId=2916509&_101_INSTANCE_WvKKx2fhjdjM2_type=content)>. Acesso em: 20 de ar. de 2021.

parte do coletivo “Vítimas de Anticoncepcionais - Unidas a favor da Vida” de uma audiência pública sobre o tema, a Anvisa lançou outras duas notas em 2014 e 2015, com atualização das informações às pacientes (17/12/2014) e aos prescritores (01/06/2015). Na primeira nota, intitulada “Contraceptivos orais: risco de eventos adversos tromboembólicos - Atualização das informações às pacientes”, descrevia os vários fatores de risco para o desenvolvimento de trombose e destacava novamente a diferença de risco entre os contraceptivos orais combinados, baseando-se nos alertas de outras agências, como a EMA, FDA e a Health Canada:

Existem diferenças entre os contraceptivos orais quanto ao risco de ocorrência de eventos tromboembólicos, a depender do tipo de progestagênio contido na formulação. Os dados disponíveis atualmente indicam que contraceptivos orais combinados contendo levonorgestrel, noretisterona ou norgestimato apresentam o menor risco de eventos tromboembólicos venosos. Deve-se fazer uma avaliação cuidadosa dos fatores de riscos atuais e individuais (particularmente aos associados a risco de tromboembolismo) e o risco de eventos tromboembólicos associados aos produtos. Enfatizamos, também, que mulheres que não possuem histórico familiar ou individual de eventos tromboembólicos venosos podem vir a apresentá-los após a utilização do medicamento. Autoridades reguladoras internacionais também já publicaram alertas sobre o risco do uso de contraceptivos orais, a European Medicines Agency - EMA (vide alerta do EMA<sup>122</sup>), Food and Drug Administration – FDA (vide alerta do FDA<sup>123</sup>) e Health Canada (vide alerta do Health Canada<sup>124</sup>). Todos reforçam a importância de assegurar que informações claras devem ser fornecidas para as mulheres que usam estes medicamentos e aos profissionais de saúde que fornecem conselhos e cuidados clínicos (Anvisa, 2014)<sup>125</sup>.

O texto terminava reafirmando que “Os benefícios desses contraceptivos na prevenção de gravidez indesejada continuam a ser superiores aos riscos, e o risco de tromboembolismo

---

<sup>122</sup> EUROPEAN MEDICINES AGENCY (EMA). **Combined hormonal contraceptives**. Disponível em <<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/referral-procedures/combined-hormonal-contraceptives>>. Acesso em 20 de mar. de 2021.

<sup>123</sup> U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). **FDA Drug Safety Communication: Safety review update on the possible increased risk of blood clots with birth control pills containing drospirenone**. 26 de set. de 2011. Disponível em: <<https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-safety-review-update-possible-increased-risk-blood-clots-birth-control>>. Acesso em 20 de mar. de 2021.

<sup>124</sup> HEALTH CANADA. **Yasmin and Yaz (drospirenone)**: Updated information on increased risk of blood clots. 05 de dez. de 2011. Disponível em: <<https://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2011/13563a-eng.php>>. Acesso em 20 de mar. de 2021.

<sup>125</sup> ANVISA. **Contraceptivos orais**: risco de eventos adversos tromboembólicos. Atualização das informações às pacientes. 17 de dez. de 2014. Disponível em; <[http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_assetEntryId=2911223&\\_101\\_type=content&\\_101\\_groupId=33868&\\_101\\_urlTitle=contraceptivos-orais-risco-de-eventos-adversos-tromboembolicos-atualizacao-das-informacoes-&redirect=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fresultado-de-busca%3Fp\\_p\\_id%3D3%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-1%26p\\_p\\_col\\_count%3D1%26\\_3\\_groupId%3D0%26\\_3\\_keywords%3Danticoncepcionais%26\\_3\\_cur%3D1%26\\_3\\_struts\\_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26\\_3\\_format%3D%26\\_3\\_formDate%3D1441824476958&inheritRedirect=true](http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2911223&_101_type=content&_101_groupId=33868&_101_urlTitle=contraceptivos-orais-risco-de-eventos-adversos-tromboembolicos-atualizacao-das-informacoes-&redirect=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fresultado-de-busca%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-1%26p_p_col_count%3D1%26_3_groupId%3D0%26_3_keywords%3Danticoncepcionais%26_3_cur%3D1%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26_3_format%3D%26_3_formDate%3D1441824476958&inheritRedirect=true)>. Acesso em 20 de mar. de 2021.

venoso (TEV) com todos os anticoncepcionais orais é bem conhecido e pequeno”. Destacava também o monitoramento da Anvisa, com indicação das formas de notificar eventos adversos para a agência (Anvisa, 2014).

Por fim, a publicação de 2015, trazia informações similares mas direcionada aos “prescritores”, com referências ao EMA para afirmar que “os contraceptivos orais combinados contendo levonorgestrel, noretisterona ou norgestimato apresentam o menor risco para ocorrência de eventos tromboembólicos venosos” e que os contraceptivos combinados “contendo drospirenona, gestodeno e desogestrel apresentam um risco de 4 a 6 vezes maior de ocorrência de tromboembolismo venoso, em um ano, em comparação às mulheres que não utilizam nenhum tipo de contraceptivo hormonal combinado”. Afirmava, da mesma forma que nas notas anteriores, que “os benefícios desses contraceptivos na prevenção de gravidez indesejada continuam a ser superiores aos riscos”, indicava as formas de notificação de efeitos adversos à agência e citava alguns dos fatores de risco para trombose (Anvisa, 2015). De diferença significativa em relação à nota dirigida às pacientes, havia uma ênfase na necessidade de reavaliação regular do contraceptivo e de informar às pacientes sobre todas as opções contraceptivas, bem como sobre “o risco de ocorrência de reações adversas graves (particularmente em relação aos eventos vasculares) e, também, aumentar a conscientização sobre os sinais e sintomas dos eventos tromboembólicos” (Anvisa, 2015)<sup>126</sup>.

Após esse resumo da história das diferentes pílulas combinadas, seus progestagênios e controvérsias em relação ao risco tromboembólico, apresentarei as formulações disponíveis hoje no mercado brasileiro, diferenciando-as de acordo com sua “geração”, para então descrever os enquadramentos atuais dos ginecologistas. Contudo, essa não é uma diferenciação realizada sem dificuldades, já que as classificações se modificam de acordo com os critérios (ou “agências de medição”) estabelecidos, variando bastante na literatura sobre o tema. Em geral, “as gerações” fazem referência ao componente progestagênio da pílula e são relacionados à

---

<sup>126</sup> ANVISA. **Anticoncepcionais Orais Combinados: risco de eventos tromboembólicos**. Informações aos prescritores. 01 de jun. de 2015. Disponível em: <[http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_assetEntryId=2912539&\\_101\\_type=content&\\_101\\_groupId=33868&\\_101\\_urlTitle=anticoncepcionais-orais-combinados-risco-de-eventos-tromboembolicos-informacoes-aos-prescritores-&redirect=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fresultado-de-busca%3Fp\\_p\\_id%3D3%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-1%26p\\_p\\_col\\_count%3D1%26\\_3\\_groupId%3D0%26\\_3\\_keywords%3Danticoncepcionais%26\\_3\\_cur%3D1%26\\_3\\_struts\\_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26\\_3\\_format%3D%26\\_3\\_formDate%3D1441824476958&inheritRedirect=true](http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2912539&_101_type=content&_101_groupId=33868&_101_urlTitle=anticoncepcionais-orais-combinados-risco-de-eventos-tromboembolicos-informacoes-aos-prescritores-&redirect=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fresultado-de-busca%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-1%26p_p_col_count%3D1%26_3_groupId%3D0%26_3_keywords%3Danticoncepcionais%26_3_cur%3D1%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26_3_format%3D%26_3_formDate%3D1441824476958&inheritRedirect=true)>. Acesso em 20 de mar. de 2021.

atividade androgênica: a menor atividade androgênica (ou maior antiandrogênica) estaria ligada à diminuição mais intensa dos androgênios livres. Isso, por sua vez, é em geral tido como um “benefício extracontraceptivo” por sua suposta relação com diminuição de pelos e da acne, com a qual trabalharei no capítulo 5.

Nesse sentido, os progestagênios podem ser divididos, em relação à androgenicidade, da seguinte maneira: os de segunda geração seriam androgênicos e os de terceira e quarta geração seriam antiandrogênicos, com alguma variação entre eles que tratarei mais adiante. Contudo, é importante lembrar que o composto estrogênio presente nas pílulas combinadas já está relacionado à diminuição dos androgênios livres e, sendo assim, todas as pílulas combinadas têm mais efeitos estrogênicos que androgênicos, mesmo que sejam as com progestagênios androgênicos. A diferença entre as gerações e a androgenicidade do progestagênio, portanto, teria a ver apenas com uma maior ou menor intensidade dessa redução de androgênios livres.

Além disso, ainda em relação aos estrogênios, associados de forma mais estabelecida ao risco aumentado de tromboembolismo, é necessário lembrar que não têm efeitos contraceptivos quando isolados. Servem, sobretudo, para “controle de ciclo”, ou seja, para dar maior previsibilidade aos sangramentos, já que as pílulas compostas apenas por progestagênios orais são conhecidas por causarem sangramentos mais frequentes e imprevisíveis (os chamados “escapes”). Segundo comentam os ginecologistas nos congressos, essa é uma razão conhecida para a descontinuidade do uso das pílulas.

A maior parte das formulações contém o estrogênio etinilestradiol, mas, nos últimos anos, as empresas farmacêuticas têm buscado estrogênios ditos “naturais”, com a promessa que tenham menos efeitos tromboembólicos, bem como outros efeitos associados aos componentes estrogênicos das pílulas, como náuseas e dores de cabeça. É o caso do Qlaira®, da Bayer, composto de dienogeste e valerato de estradiol, lançado no Brasil em 2011, e do Stezza®, da empresa MS&D, composto de estradiol e acetato de nomegestrol, lançado no Brasil em 2014. A Libbs também está investindo em um composto com estreptol, porém ainda não foi lançado<sup>127</sup>. Todas as pílulas com esses novos componentes também são enquadradas como pílulas de quarta geração por estarem associadas a progestagênios assim considerados.

O Quadro 1 que apresento abaixo é, enfim, uma simplificação produzida a partir de informações coletadas na literatura científica, nos congressos e sítios em que fiz pesquisa,

---

<sup>127</sup> Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2017/12/22/libbs-investe-em-novo-anticoncepcional.ghtml>. Acesso em: 20/02/2021. Em alguns dos simpósios patrocinados pela Libbs, o estreptol foi promovido como “um marco na anticoncepção oral” (Congresso da Sogesp, 2018).



elaborando a partir deles a classificação que mais se repetia. Destaco o trabalho de Vigo, Lubianca e Corleta (2011) sobre progestagênios, de Clara Schneider (2016), que produziu uma tabela dos contraceptivos hormonais dispensados em farmácia comercial de médio porte entre junho de 2015 e maio de 2016 (Schneider, 2016, p. 41) e o sítio do ginecologista Carlos Antônio da Costa (2021)<sup>128</sup>, que sistematizou os contraceptivos comercializados no Brasil. Por fim, o bulário eletrônico da Anvisa<sup>129</sup> foi de grande importância para conferir a formulação e indicações dos medicamentos.

Com vistas a reduzir e facilitar o uso do quadro, não inseri as pílulas combinadas consideradas de “primeira geração”. Tais pílulas não estão disponíveis hoje no Brasil, embora alguns dos seus compostos estejam presentes nas pílulas de progestagênios isolados e nos anticoncepcionais injetáveis. Quando existiam nas formulações combinadas, eram compostas de 50 a 150 microgramas (mcg) do estrogênio mestranol e de progestagênios como noretisterona, noretinodrel, noretindrona, acetato de noretindrona e acetato de megestrol.

Quadro 1 - Classificação dos Contraceptivos Oraís Combinados por Compostos e Gerações

Geração	Segunda geração	Terceira geração	Quarta geração	Não classificada em geração
<b>Composições disponíveis no mercado brasileiro</b>	150 mcg de <b>levonorgestrel</b> + 30 mcg de <b>etinilestradiol</b> ( <b>única pílula combinada listada no RENAME 2020, disponível no SUS</b> )	150 mcg de <b>desogestrel</b> associados a 30 mcg de <b>etinilestradiol</b>  25/125 mcg de <b>desogestrel</b> +	3 mg de <b>drospirenona</b> + 20 mcg de <b>etinilestradiol</b> (regime mensal, como Yaz da Bayer, e Iumi, da Libbs, ou estendido flexível, como o Yaz)	2 mg de <b>acetato de ciproterona</b> + 35 mcg de <b>etinilestradiol</b>  (não têm como principal)

<sup>128</sup> Disponível em: <<http://www.drcarlos.med.br/anticoncepmed.html>>. Acesso em 10/02/2021.

<sup>129</sup> Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/>. Acesso em 10/01/2021.

100 mcg de <b>levonorgestrel</b> + 20 mcg de <b>etinilestradiol</b>	40/30 mcg de <b>etinilestradiol</b> (bifásica)	Flex, da Bayer ou Iumi Es, da Libbs)	indicação a contracepção, ver nota 49)
75 mcg de <b>levonorgestrel</b> + 30 mcg de <b>etinilestradiol</b>	140 mcg de <b>desogestrel</b> + 20 mcg de <b>etinilestradiol</b>	3 mg de <b>drospirenona</b> + 30 mcg de <b>etinilestradiol</b> (regime mensal como Yasmin, da Bayer, e Elani Ciclo, da Libbs, ou contínuo, o Elani 28, da Libbs)	Ex: O Selene, da Eurofarma e o Diane35, da Bayer, Diclin, da Merck, são os mais citados.
150/10 mcg de <b>levonorgestrel</b> + 30 mcg de <b>etinilestradiol</b> (regime contínuo: Seasonique, da Teva)	60 mcg de <b>gestodeno</b> + 15 mcg de <b>etinilestradiol</b>	2 mg de <b>acetato de clormadinona*</b> + 30 mcg de <b>etinilestradiol</b> (Belara, da Janssen-Cilag, e o Aixa, da Medley)	
250 mcg de <b>levonorgestrel</b> + 50 mcg de <b>etinilestradiol</b>	75 mcg de <b>gestodeno</b> + 20 mcg de <b>etinilestradiol</b>	2 mg de <b>acetato de clormadinona</b> + 20 mcg de <b>etinilestradiol</b>	
50/75/125 de <b>levonorgestrel</b> + 30/40/30 de <b>etinilestradiol</b> (trifásico)	<b>Norgestimato</b> (não disponível no Brasil nas pílulas combinadas)	2,5 mg de <b>acetato de nomegestrol</b> + 1,5 mg de <b>estradiol</b> (Stezza, da MS&D)	
500 mcg de <b>norgestrel</b> + 50 mcg de <b>etinilestradiol</b> (Anfertil, da Pfizer)		0/2/3/0 mg de <b>dienogeste</b> + 3/2/1/1 mg de <b>valerato de estradiol</b> (quadrifásico, Qlaira, da Bayer)	

Fonte: Elaboração própria

\* O acetato de clormadinona é objeto de maior controvérsia quanto à classificação em geração. Escolhi colocá-lo junto aos de quarta geração por conta do reconhecido efeito antiandrogênico desse progestagênio.

Segundo Schneider (2016), os quatro principais progestagênios dispensados em farmácias comerciais de médio porte entre 2015 e 2016 foram: levonorgestrel, gestodeno, desogestrel e drospirenona, enquanto o componente estrogênio foi o etinilestradiol, presente na maioria das formulações atuais. Chamo atenção ainda para o fato de a única formulação de pílula oral combinada presente na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais de 2020 (BRASIL, 2020)<sup>130</sup> - e portanto sendo obrigatória por lei a sua oferta no SUS - é a composta de 150 microgramas de levonorgestrel e 30 microgramas de etinilestradiol, considerada de segunda

<sup>130</sup> Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_medicamentos\\_rename\\_2020.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf) Acesso em 10/01/2021.

geração. Clarissa, também membro da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo, em sua apresentação no dia 17 de novembro de 2017 no 57º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, apresentou um quadro com os anticoncepcionais mais vendidos no Brasil (ver Quadro 2). A sua “aula” buscava responder à pergunta, também título da mesa: O estrogênio está sendo deixado de lado na anticoncepção?

Quadro 2 - Anticoncepcionais mais vendidos no Brasil

<b>Pílula</b>	<b>Média Preço Reais</b>	<b>Composição</b>
<b>Ciclo 21</b>	3	30mcg etinilestradiol / 150 mcg levonorgestrel
<b>Microvlar</b>	7	30mcg etinilestradiol / 150 mcg levonorgestrel
<b>Diane 35</b>	20	35 mcg etinilestradiol / 2mg ciproterona
<b>Cerazette</b>	40	75 mcg desogestrel [não é pílula combinada, tem apenas progestagênio]
<b>Tamisa</b>	30	30 mcg etinilestradiol / 75mcg gestodeno
<b>Selene</b>	30	35 mcg etinilestradiol / 2mg ciproterona
<b>Yaz</b>	40	20 mcg etinilestradiol / 3 mg drospirenona
<b>Elani Ciclo</b>	30	30 mcg etinilestradiol / 3 mg drospirenona

Fonte: Apresentação de Clarissa no 57º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em Belém (PA) no dia 17/11/2017

Depois dessa abertura da “caixa-preta” da história, dos compostos das pílulas combinadas e de suas controvérsias em torno da TEV, descrevo a seguir como se articulam à divisão em gerações e ao enquadramento “evolutivo” da história do dispositivo performada nos últimos anos no âmbito da ginecologia.

## **2.5 Diferenciando as pílulas anticoncepcionais em relação ao risco de TEV: os estrogênios**

Sendo os contraceptivos orais combinados compostos por uma combinação de um estrogênio e um progestagênio, há diferentes interferências performadas entre esses hormônios e o aumento do risco de tromboembolismo venoso. Como vimos até aqui, a associação do estrogênio ao aumento do risco de TEV é bastante estabilizada, tendo a diminuição progressiva da dosagem reduzido esse risco, ainda que não eliminado. Segundo documento da Febrasgo (Machado et al, 2016), “o estrogênio, utilizado em formulações contraceptivas ou em terapia

de reposição hormonal, bem como na gravidez, está ligado à hipercoagulabilidade sanguínea e, dessa forma, é considerado fator de risco para a TVP” (Machado et al, 2016, p. 12).

Sobre o principal composto estrogênio utilizado nas pílulas combinadas vendidas no Brasil hoje, o etinilestradiol, os autores escrevem que “induz alterações no sistema de coagulação, tendo como resultado final aumento na formação de trombina” (Machado et al, 2016, p. 19). A novidade maior seriam os chamados “estrogênios naturais”, valerato de estradiol presente no Qlaira e lançado em 2011, e o estradiol presente no Stezza e lançado em 2014. Quanto à formulação com o estrogênio valerato de estradiol, uma pesquisa patrocinada pela Bayer (fabricante do Qlaira) é citada, da qual se conclui que essa formulação “tem o mesmo risco cardiovascular do que as associações envolvendo o etinilestradiol, sem diferenças entre os progestagênios utilizados” (Dinger et al, 2016 apud Machado et al, 2016, p. 22)<sup>131</sup>. Os estrogênios estradiol (presente no Stezza) e estreptol (a ser lançado pela Libbs) não são citados. Nos congressos em geral, embora esses novos compostos tenham sido promovidos como pílulas “naturais” ou “bioidênticas”, as possíveis vantagens em relação ao risco tromboembólico e outros efeitos colaterais aparecem, sem muita ênfase e de forma breve, apenas como uma possibilidade, já que não há ainda muitas pesquisas sobre o tema e nem estabilização dessas associações. Não parece, contudo, ser alvo de grande controvérsia no momento da pesquisa.

Além disso, em sua apresentação no Simpósio da Libbs do 57º CBGO, o então membro da direção da Febrasgo Frederico enfatizou que o risco tromboembólico associado às pílulas está relacionado principalmente ao estrogênio, que apesar de não ter efeito contraceptivo, é importante para “controle de ciclo”. Na teleaula em formato de entrevista direcionada a médicos, apoiada pela empresa Grünenthal e pela Febrasgo e disponibilizada na plataforma *vimeo*, Rogério Bonassi Machado inicia a resposta a uma pergunta sobre a associação das pílulas combinadas ao risco aumentado de TEV da seguinte forma:

**Esse é o tema do momento. Nós estamos vendo que muitas mulheres hoje acabam abandonando ou questionando realmente a segurança dos anticoncepcionais, principalmente em relação aos eventos tromboembólicos.** Claro que isso é algo que é clássico. Então, não é de hoje que se estuda evento tromboembólico venoso. Então seria trombose venosa profunda como um risco associado aos anticoncepcionais. De onde vem isso? Então existem bases bioquímicas, **muitas vezes ligados ao estrogênio, à dose do etinilestradiol (...)** Como classe de medicação, a pílula combinada, independente aqui da sua formulação, que contém um estrogênio, seja ele sintético ou natural, ele vai ter algumas alterações que são realizadas nesses diferentes parâmetros [relacionados à coagulação e ao risco tromboembólico] (Machado, 2018, grifos meus).

---

<sup>131</sup> Trata-se do estudo chamado “International Active Surveillance study: Safety of Contraceptives: Role of Estrogens (INAS-SCORE)”. O documento cita as marcas das formulações e não faz referência ao patrocínio da Bayer para a pesquisa citada no artigo.

No mesmo sentido, na área relacionada à trombose no sítio da campanha “Vamos Decidir Juntos”, lê-se que o “estrogênio é o principal responsável pelo aumento dos fatores de coagulação e, portanto, quanto maior a dose deste hormônio, maior é o risco de desenvolver a doença” (VDJ, s.d.). As controvérsias em torno do risco de TEV, portanto, não se concentram tanto na sua associação ao estrogênio, já bastante estabelecido entre ginecologistas. Já no caso dos progestagênios, que são também os compostos vinculados à categorização das pílulas em “gerações” e, por isso, conectados ao seu enquadramento evolutivo - há maior variação e tensão em torno dos riscos de TEV associados.

## **2.6 Diferenciando as pílulas anticoncepcionais em relação ao risco de TEV: os progestagênios**

### *2.6.1 Recomendações da Febrasgo*

Quando se trata da atuação dos progestagênios associados ao composto estrogênio, contudo, as avaliações se tornam mais nebulosas. Primeiro, o documento da série de recomendações da Febrasgo afirma que, enquanto “os estrogênios estão associados a um maior risco tromboembólico de forma dose-dependente”, os progestagênios atuam de uma maneira que não depende da dose, mas do seu tipo (Machado, 2016, p. 22). Isso é importante porque a diminuição da dosagem dos hormônios é bastante enfatizada publicamente quando se trata de afirmar a melhora da segurança nos contraceptivos combinados. Exemplo é uma reportagem no portal de notícias G1 da Globo, cujo título é “Uso da pílula anticoncepcional é questionado por mulheres que temem riscos e querem ter o direito de escolha” e o subtítulo é “Quantidade de hormônio da pílula caiu até 90%. Mulheres questionam que, independente disso, muitas vezes os médicos não mostram outras opções para prevenir a gravidez indesejada” (Dantas, 2018). No corpo da reportagem, a ginecologista Cristina Guazzelli, também integrante da Comissão Nacional Especializada de Anticoncepção da Febrasgo, é referenciada para sublinhar essa diminuição da dosagem. Lê-se:

De acordo com a ginecologista Cristina Guazzelli, a literatura científica associa esse risco ao estrogênio e há uma relação direta com a dose. A indústria precisou, então, se adequar e criar opções mais "suaves" dos comprimidos. Mais de meio século depois, a quantidade de hormônio caiu até 90% em algumas versões: a quantidade passou de 150 mg para 15 mg (ultrabaixa dosagem), 30 mg (baixa dosagem) e 35 mg (média dosagem) (Dantas, 2018).

Contudo, se esse é realmente o caso para a relação do estrogênio com o risco de TEV, não o é para os progestagênios. Seu risco não está associado à dose, mas ao tipo. A reportagem,

embora não traduzindo os nomes dos progestagênios em classificação em “gerações”, faz referência à diferença entre eles e aos avisos da Anvisa:

Para mulheres com menos de 30 anos que não tomam a pílula, o risco de ter trombose é de 1 a 2 casos para cada 10 mil pessoas. Ao tomar um comprimido contendo etinilestradiol (estrogênio) e levonorgestrel (progesterona), esse risco sobe para 2 a 4 casos para cada 10 mil. Dobra, portanto. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mulheres que usam anticoncepcionais contendo drospirenona, gestodeno ou desogestrel têm um risco de 4 a 6 vezes maior de desenvolver tromboembolismo venoso, em um ano (Dantas, 2018).

No documento de recomendações da Febrasgo, no entanto, aparecem algumas diferenças relevantes em relação às declarações da Anvisa. Primeiro, afirma-se que, desde de 1995, “estudos envolvendo COCs de baixa dose mostraram que o risco poderia ser maior entre aqueles contendo novos progestagênios, gerando controvérsias quanto ao uso das novas formulações contraceptivas” (Machado et al, 2016, p. 12). Seus efeitos na coagulação são descritos como “discutíveis”, mas que “acredita-se que exerçam **discreta atuação** em conjunto com o etinilestradiol, demonstrando **pequenas diferenças** de intensidade sobre o sistema de coagulação das diferentes combinações contidas nos COCs” (Machado et al, 2016, p. 19, grifos meus). Na seção intitulada “existem diferenças no risco tromboembólico entre os contraceptivos orais combinados?”, há referências a oito artigos frutos de pesquisas com diferentes composições de pílulas combinadas que tiveram conclusões diferentes quanto ao risco aumentado de TEV trazido pelos progestagênios de terceira e quarta geração. Busquei cada um desses artigos, que constam na bibliografia do documento da Febrasgo, e sistematizei algumas de suas informações no Quadro 3 abaixo. Com exceção do grau de recomendação<sup>132</sup>, as outras informações eu retirei dos próprios artigos, e não do documento. O quadro está organizado seguindo a ordem de citação dos artigos. O objetivo aqui é contrastar as declarações do documento com as dos artigos, buscando entender quais seleções são feitas.

---

<sup>132</sup> Na parte sobre métodos do documento da Febrasgo (2016), são explicados os critérios seguidos quanto às evidências: "A categorização dos trabalhos citados seguiu a classificação da Associação Médica Brasileira (AMB), quanto ao Grau de Recomendação: (A) estudos observacionais ou experimentais de melhor consistência (metanálises ou ensaios clínicos randomizados); (B) estudos observacionais ou experimentais de menor consistência (outros ensaios clínicos não-randomizados ou estudos observacionais ou estudos caso-controle); (C) relatos ou séries de casos (estudos não-controlados); (D) opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais" (Machado et al, 2016, p. 13).

Quadro 3 - Artigos citados na seção “Existem diferenças no risco tromboembólico entre os contraceptivos orais combinados?” do volume da série “Orientações e Recomendações da Febrasgo”

Artigo, ano, local de publicação, nome do estudo	Grau de Recomendação	Tipo de Estudo	Objetivo	Conflito de interesses	Conclusões
Lidegaard et al, 2011 (British Medical Journal) <b>Estudo dinamarquês</b>	B	Coorte	To assess the risk of venous thromboembolism from use of combined oral contraceptives according to progestogen type and oestrogen dose (Lidegaard et al, 2011, p. 1).	Bayer Schering Pharma; Bayer Pharma Denmark; Novo Nordisk	After adjustment for length of use, users of oral contraceptives with desogestrel, gestodene, or drospirenone were at least at twice the risk of venous thromboembolism compared with users of oral contraceptives with levonorgestrel (Lidegaard et al, 2011, p. 1).
van Hylckama Vlieg et al, 2009 (British Medical Journal) <b>Estudo MEGA</b>	B	Caso-control	To assess the thrombotic risk associated with oral contraceptive use with a focus on dose of oestrogen and type of progestogen of oral contraceptives available in the Netherlands (van Hylckama Vlieg et al, 2009, p. 1).	-	Our results clearly show that the safest option with regard to the risk of venous thrombosis is an oral contraceptive containing levonorgestrel combined with a low dose of oestrogen (van Hylckama Vlieg et al, 2009, p. 7).
Bastos et al, 2014 Cochrane Database Systematic Review	A	Revisão Sistemática a 25 estudos analisados	To provide a comprehensive overview of the risk of venous thrombosis in women using different combined oral contraceptives (Bastos et al, 2014, p. 1).	-	Risk of venous thrombosis for combined oral contraceptives with 30-35 µg ethinylestradiol and gestodene, desogestrel, cyproterone acetate and drospirenone were similar, and about 50-80% higher than with levonorgestrel (Bastos et al, 2014, p. 2).
Stageman et al, 2013 British Medical Journal	B	Revisão Sistemática a 25 estudos analisados	To provide a comprehensive overview of the risk of venous thrombosis in women using different combined oral contraceptives (Stageman et al, 2013, p. 1).	-	The relative risk of venous thrombosis for combined oral contraceptives with 30-35 µg ethinylestradiol and gestodene, desogestrel, cyproterone acetate, or drospirenone were similar and about 50-80% higher than for combined oral contraceptives with levonorgestrel (Stageman et al, 2013, p. 1).

Heinemann et al, 2010 Contraception	B	Caso- controle	This study investigated whether gestodene-containing oral contraceptives (OCs) carry a higher risk of venous thromboembolism (VTE) than OCs containing progestins other than desogestrel and gestodene (Heinemann et al, 2010, p. 401).	Bayer Schering Pharma	The risk of VTE is not elevated in users of gestodene-containing OCs relative to users of OCs containing progestins other than desogestrel and gestodene (Heinemann et al, 2010, p. 401).
Sehovic e Smith, 2010 The Annals of Pharmacotherapy	B	Revisão de literatura cinco estudos analisados, incluindo os dois abaixo: Seeger et al, 2007 e Dinger et al, 2007	Is the risk of venous thromboembolism (VTE) in users of combined oral contraceptives (COCs) containing drospirenone compared to COCs containing other progestins? (Sehovic e Smith, 2010, p. 898).	-	Several studies have evaluated the risk of VTE in users of COC-containing drospirenone compared with other progestins, and none were able to show a significantly increased risk of VTE with drospirenone (Sehovic e Smith, 2010, p. 898).
Seeger et al, 2007 Obstetrics & Gynecology <b>Estudo Ingenix</b>	A	Coorte	We sought to estimate the association between ethinylestradiol/drospirenone and risk of thromboembolism relative to the association among other oral contraceptives (Seeger et al, 2007, p. 587).	Bayer HealthCare Pharmaceuticals	Ethinylestradiol/drospirenone initiators and initiators of other oral contraceptives are similarly likely to experience thromboembolism (Seeger et al, 2007, p. 587).
Dinger et al, 2007 Contraception <b>Estudo EURAS</b>	B	Coorte	The study was conducted to compare risks of adverse cardiovascular and other events associated with the use of drospirenone (DRSP)-containing oral contraceptives (OCs) and other OCs (Dinger et al, 2007, p. 344).	Schering AG	Risks of adverse cardiovascular and other serious events in users of a DRSP-containing OC are similar to those associated with the use of other OCs (Dinger et al, 2007, p. 344).

Fonte: Elaboração própria, com base em Machado et al (2016, p. 23-25)

A forma que os autores do documento da Febrasgo apresentam os trabalhos sobre a diferença de risco de TEV associado aos diferentes progestagênicos é digna de nota. Iniciam com referência aos trabalhos que apontam para a diferença entre os progestagênicos no risco de TEV (os quatro primeiros do Quadro 3), para depois apresentar trabalhos que minimizam tal diferença (os quatro últimos do Quadro 3). Lê-se no começo:

**os primeiros trabalhos** estudando os progestagênicos de terceira geração (gestodeno e desogestrel), assim como a drospirenona e a ciproterona, mostraram risco relativo superior de tromboembolismo venoso quando comparadas às usuárias de pílulas combinadas contendo levonorgestrel (segunda geração) (Machado, 2016, p. 23, grifos meus).



Os trabalhos aos quais se referem são os de Lidegaard et al (2011) e o van Hylckama et al (2009), os dois primeiros listados no quadro. Essa informação é seguida de um parágrafo descrevendo os resultados do primeiro, o chamado “estudo dinamarquês”:

No maior estudo populacional dinamarquês publicado, no qual apenas 67% de eventos tromboembólicos venozos reportados foram confirmados, **observou-se, comparando com as não-usuárias de contraceptivos hormonais, que nas usuárias de associação de 30 a 40 microgramas de etinilestradiol e levonorgestrel o RR foi 2,9 (95% IC 2,2-3,8), com desogestrel RR 6,6 (95% IC 5,6-7,8), com gestodeno RR 6,2 (5,6-7,0) e com drospirenona RR 6,4 (5,4-7,5)**<sup>133</sup> (Machado, 2016, p. 23, grifos meus).

Em seguida, fazendo referência à “revisão da *Cochrane Database*” (Bastos et al, 2014), os autores afirmam que “O risco de trombose venosa em usuárias de pílula combinada contendo 30-35 microgramas de etinilestradiol associado ao gestodeno, desogestrel, ciproterona e à drospirenona são similares e maiores do que na associação com levonorgestrel” (Machado et al, 2016, p. 23). Citando o trabalho seguinte (Stageman et al, 2013), aludem à diferença entre a incidência de TEV em usuárias de contracepção hormonal combinada e não usuárias (risco relativo de 3,5), sem especificação das composições progestagênicas, e reforçam que a dose de estrogênio faz diferença no risco.

Por fim, citam o “estudo caso-controle MEGA” (van Hylckama et al, 2009) novamente, especificando os riscos relativos de diferentes combinações hormonais, sendo maior nas “usuárias de pílulas combinadas com levonorgestrel RR 3,6 (IC 95% 2,9-4,6) do que nas não-usuárias; RR 5,6 (IC 95% 3,7-8,4) nas usuárias de gestodeno; RR 7,3 (IC 95% 5,3-10) para desogestrel; RR 6,8 para ciproterona (IC 95% 4,7-10) e 6,3 para drospirenona (IC 95% 2,9-13,7)” (Machado et al, 2016, p. 24).

Ao introduzir a segunda leva de trabalhos, lê-se, com referência aos trabalhos de Heinemann et al (2010), Sehovic e Smit, (2010) e Seeger et al, (2007): “**Por outro lado, existem vários estudos mais recentes** que não têm observado o aumento de risco de eventos tromboembólicos em usuárias da associação etinilestradiol e drospirenona” (Machado et al, 2016, p. 24, grifos meus). Chamo atenção que, apesar dessa afirmação, os trabalhos citados

---

<sup>133</sup> Risco relativo faz referência à relação entre a taxa de incidência de determinado evento nas pessoas expostas e a taxa de incidência no grupo controle (não exposto). De maneira simplificada, indica quantas vezes maior é o risco de um evento acontecer entre os expostos comparados aos não expostos. Um risco relativo igual a 1 indica que a incidência foi igual nos dois grupos comparados, ou seja, a exposição a determinado fator não causou maior risco aos expostos quando em comparação aos não expostos. Quando maior que um, significa que o risco aumentou com a exposição, e quando menor que 1, significa que a exposição diminuiu o risco (ou, na linguagem nativa, foi um “fator de proteção”). IC faz referência ao “intervalo de confiança” da medição estatística.

nessa segunda parte da seção não são publicações mais recentes que os referenciados anteriormente para sublinhar a diferença de risco entre diferentes progestagênicos.

Antes de comentar esses trabalhos, os autores ainda destacam as dificuldades nas pesquisas para avaliação dos riscos de TEV, destacando que teriam, “no início”, computado casos em que o desfecho clínico “não se pode atribuir exclusivamente ao contraceptivo”. Também são citados como problemáticos os desenhos dos estudos, que são em “maioria observacionais em populações específicas” e não “estudos randomizados duplo-cego de longa duração” e a dificuldade de avaliar tais desfechos porque tais eventos seriam muito raros (Machado et al, 2016, p. 24).

Aparecem então dois comentários sobre dois dos estudos citados. O primeiro (Heinemann et al, 2010) é citado como sendo fruto de uma tentativa de “aprimorar a avaliação” desse risco. Realizado na Áustria, teria concluído que não haveria diferença entre o risco relativo de usuárias das pílulas com gestodeno “(RR 3,39 – 95% CI 2,36-4,87)” e usuárias de outros progestagênicos que não fossem gestodeno e desogestrel (RR 3,14 – 95% CI 2,1-4,47)” em relação às não usuárias. Assim, o estudo levaria à conclusão que não haveria diferenças entre o primeiro (pílulas com gestodeno) e o segundo grupo (pílulas com outros progestagênicos que não gestodeno e desogestrel). Interessante notar que, apesar de introduzir esse segundo grupo de estudos com referência às pílulas com drospirenona, esse artigo não aborda esse progestagênio especificamente. O artigo apenas compara pílulas com um progestagênio de terceira geração (gestodeno) com outras pílulas que podem conter progestagênicos de diferentes gerações (desde que não gestodeno e desogestrel). A drospirenona (quarta geração) entraria na mesma categoria, nesse caso, que o levonorgestrel (segunda geração). Além disso, o artigo não é mais recente que os outros citados e não é indicado como superior no grau das evidências (o artigo tem grau de recomendação B), ainda que descrito como realizado para “aprimorar a avaliação” do risco.

Posteriormente, o documento faz referência aos trabalhos de Seeger et al (2007) e Dinger et al (2007), que são os dois artigos mais antigos dentre os citados nessa seção sobre progestagênicos. O primeiro é referido como revisão sistemática embora o próprio artigo o descreve como um estudo de coorte. Sua conclusão, contudo, seria a de que não haveria diferença significativa no risco de TEV entre usuárias de drospirenona e de outros progestagênicos (Machado et al, 2016, p. 25). Aqui, apenas as pílulas com drospirenona (quarta geração) são isoladas, sendo comparadas igualmente com as de segunda ou de terceira geração, sem especificação. A evidência está marcada como de grau A, mas não se trata de metanálise

ou ensaio clínico randomizado, como preconiza a classificação da AMB. Finalmente, o último estudo (Dinger et al, 2007) é descrito como o INAS-SCORE, porém o trabalho citado é fruto do *European Active Surveillance Study* (EURAS). Sobre ele, afirma-se ainda que os resultados “também não demonstraram diferenças de risco de tromboembolismo venoso entre usuárias de pílula combinadas contendo drospirenona, levonorgestrel ou outros progestagênicos” (Machado et al, 2016, p. 25). Esse é o único dos quatro últimos estudos citados que faz uma comparação direta, no corpo do artigo, entre o risco de TEV nas pílulas com drospirenona e nas com levonorgestrel, chegando à conclusão de que são similares.

Assim, depois de citar quatro artigos que apontam para alguma diferença entre os progestagênicos no risco de TEV e quatro pendendo para a indiferenciação das pílulas quanto a esse risco, o documento finaliza a seção com um último parágrafo. Ali, conclui que as usuárias de contraceptivos hormonais orais têm mais riscos que a população em geral, mas que “Existem dúvidas em relação aos efeitos dos progestagênicos quando associados aos estrogênicos” (Machado et al, 2016, p. 25). A consequência dessa conclusão para as “recomendações práticas”, última seção do documento antes das referências, se traduz em duas declarações: “O risco tromboembólico deve-se fundamentalmente ao componente estrogênico, sendo considerado um efeito de classe farmacológica dos COCs” e “As pequenas diferenças entre os estudos não permitem distinguir maior risco de TEV entre as formulações contraceptivas combinadas, particularmente entre o progestagênio utilizado e a natureza do estrogênio” (Machado et al, 2016, p. 32). Ou seja, para fins práticos, defende que não se deve considerar que há diferença no risco de TEV entre contraceptivos orais combinados de segunda, terceira e quarta geração, diferindo das declarações da Anvisa e outras agências.

Aqui vemos que uma possível associação entre pílulas de terceira e quarta geração e risco aumentado de TEV, quando em comparação com as de segunda geração, são enfraquecidas a partir de várias modulações. Bruno Latour (2000), referindo-se às controvérsias científicas, escreve que uma

sentença pode ser tornada mais fato ou mais ficção, dependendo da maneira como está inserida em outras. *Por si mesma, uma sentença não é nem fato nem ficção; torna-se um ou outra mais tarde graças a outras sentenças.* Ela será tornada mais fato se for inserida numa premissa fechada, óbvia, consistente e amarrada, que leve a alguma outra consequência menos fechada, menos óbvia, menos consistente e menos unificada (Latour, 2000, p. 45, grifos no original).

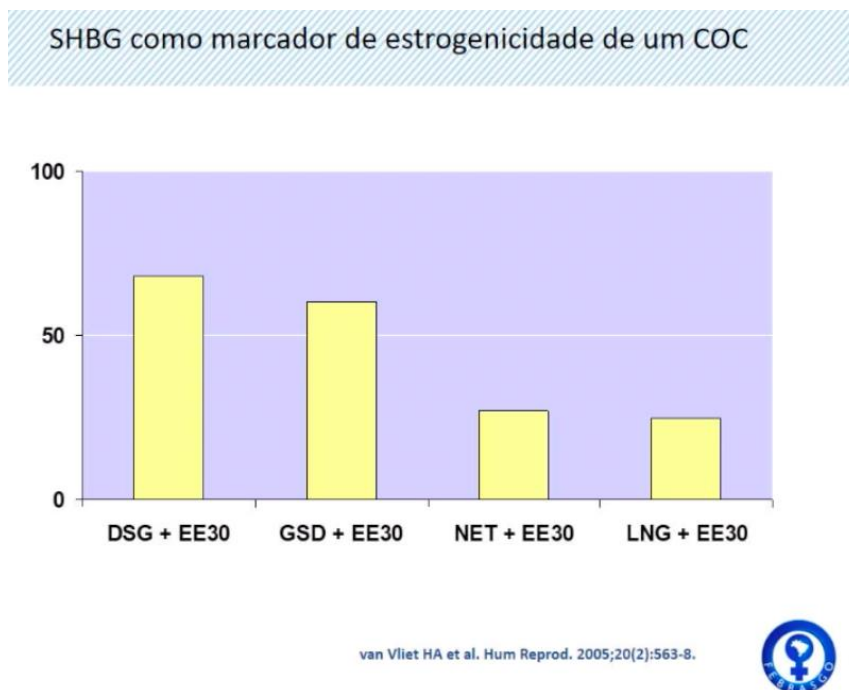
A essas sentenças que modificam enunciados ele dá o nome de “modalidades positivas” e “modalidades negativas”. Enquanto as primeiras seriam aquelas “que afastam o enunciado de suas condições de produção, fortalecendo-o suficientemente para tornar necessárias algumas

outras consequências”, as negativas seriam as que “levam um enunciado para a direção de suas condições de produção, e explicam com detalhes porque ele é forte ou fraco, em vez de usá-lo para tornar mais necessárias algumas outras consequências” (Latour, 2000, p. 42). Percebemos que no documento da Febrasgo, as “modalidades negativas” são predominantes quando se trata do risco aumentado de TEV nas pílulas de terceira e quarta geração em comparação às de segunda. Assim, leva leitores por alguns caminhos e não por outros, abrindo a “caixa-preta” de certos enunciados, indo na contramão de sua consolidação. É a partir desse enfraquecimento que consegue concluir com recomendações práticas que não levam em consideração essa associação. Ou seja, não se tira consequências dessa possível associação, o que certamente a enfraquece.

#### *2.6.2 Teleaula “Benefícios não contraceptivos e segurança dos anticoncepcionais com progestagênios antiandrogênicos”, por Rogério Bonassi Machado (2018)*

A diferença entre o risco dos progestagênios aparece também na teleaula anteriormente mencionada. Nela, continuando a responder à pergunta sobre risco de TEV associado às pílulas combinadas, Machado (2018) afirma que o risco também pode estar relacionado à combinação com o progestagênio. Ele então explica que a quantidade de “proteína carregadora de hormônios sexuais”, comumente chamada de SHBG, é um marcador para medir a “potência de estrogênio” em um corpo. Argumentando que, além da composição estrogênica da pílula anticoncepcional, o componente progestagênio também poderia produzir efeitos nessa potência, ele apresenta a Figura 3 abaixo para comparar diferentes progestagênios associados a 30 microgramas de etinilestradiol (EE) e diz:

Figura 3 - Slide “SHBG como marcador de estrogenicidade de um COC” por Machado (2018)



Fonte: Machado, 2018

[Quando] vem combinada, por exemplo, com o desogestrel [DSG], que está aqui nessa primeira coluna, etinilestradiol 30 microgramas com desogestrel, veja que aumenta SHBG em mais ou menos 70% aqui. Por outro lado, quando combino com levonorgestrel [LNG], não consegue subir essa SHBG. O que está acontecendo aqui? **Levonorgestrel e noretisterona [NET] são progestagênios derivados dos androgênios. Gestodeno [GSD] e desogestrel também são derivados dos androgênios, só que são de geração mais recente, com menos resíduo androgênico. Ou seja, elas seguram menos o estrogênio.** Então esse estrogênio aqui, associado a um progestagênio mais seletivo - aquele que deixa o estrogênio agir - ele sem dúvida aumenta mais a SHBG e, portanto, **ele deve aumentar mais marcadores de coagulação. Já se é um progestagênio mais antigo, por isso que alguns falam que é o mais seguro, esse progestagênio aqui [indica o levonorgestrel], ele acaba então diminuindo o efeito estrogênico.** (...) Os estudos mais recentes mostram que os progestagênios e os estrogênios mais novos, eles se associam a mais trombose. **Então quem é mais novo aqui? O desogestrel é mais novo que o levonorgestrel.** E aí aparece estudo falando: "Olha, o desogestrel aumenta mais o risco de trombose que o levonorgestrel." Possivelmente esse seja um caminho. **Onde o desogestrel não impede a ação do etinilestradiol e deixa aumentar mais fatores de coagulação. Já o levonorgestrel seguraria esse efeito, então diminui o efeito sobre fatores de coagulação. Existem combinações hoje consideradas mais estrogênicas, que deixariam o estrogênio agir mais, então seriam as combinações com a drospirenona, com norgestimato, com gestodeno ou desogestrel, justamente por esse efeito hepático. E as menos estrogênicas. Com a levonorgestrel e com a noretisterona. A clormadinona ela estaria mais ou menos no meio aqui. Mesma coisa quando se fala do nomegestrol e do próprio dienogeste. Eles estariam no meio.** (Machado, 2018, grifos meus).

Dessa forma, produzem-se diferenças entre as pílulas a partir dos tipos de progestagênios em sua composição. Classificando-os quanto à androgenicidade, há a produção de uma diferença

em seus efeitos na potência estrogênica (traduzida e medida pela quantidade de SHBG): quanto mais androgênico, menor a potência estrogênica; quanto menor resíduo androgênico, maior a potência estrogênica. Performa-se, assim, também uma relação entre estrogênio e androgênio, de contraposição. Ainda que se trate de progestagênios, a designação como mais ou menos androgênico qualifica a relação com o estrogênio: nos termos de Machado (2018), o progestagênio com menor resíduo androgênico “segura menos o estrogênio.” Além de o aumento da SHBG ser traduzido como uma medida da estrogenicidade da pílula, essa é, por sua vez, ligada a um maior risco tromboembólico<sup>134</sup>. A relação direta entre aumento do SHBG, potência estrogênica e risco tromboembólico, enfim, se associa, na fala de Machado (2018), às pílulas mais novas. Já “as antigas” (com progestagênios mais androgênicos) diminuiriam o efeito do estrogênio e, por isso, “alguns falam que é o mais seguro”. É interessante notar ainda que o gráfico da apresentação de Machado (2018) mostra que todas combinações de pílulas aumentam o SHBG (tendo efeito estrogênico e aumento de risco tromboembólico), embora as combinações com os progestagênios levonorgestrel e noretisterona aumentem menos sua quantidade (25%) que o gestodeno (60%) e o desogestrel (70%). Condensando essas informações abaixo no Quadro 4.

Quadro 4 - Classificação dos progestagênios em relação ao efeito estrogênico e risco tromboembólico

Drospirenona* , norgestimato, gestodeno e desogestrel	Progestagênios com menor resíduo androgênico	Maior aumento do SHBG	Maior efeito estrogênico	Maior risco tromboembólico	Mais novas (terceira e quarta geração)	Mais “benefícios extracontrace ptivos” (acne e hirsutismo)
Clormadinona , nomegestrol e dienogeste	Progestagênios considerados intermediários em relação à androgenicidade, SHBG, efeito estrogênico e risco tromboembólico. São consideradas de quarta geração, no entanto.					
Levonorgestre l e noretisterona	Progestagênios androgênicos	Menor aumento da SHBG	Menor efeito estrogênico	Menor risco tromboembólico	Mais antigas (segunda geração)	Menos “benefícios extracontrace ptivos” (acne e hirsutismo)

Fonte: Elaboração própria<sup>135</sup>

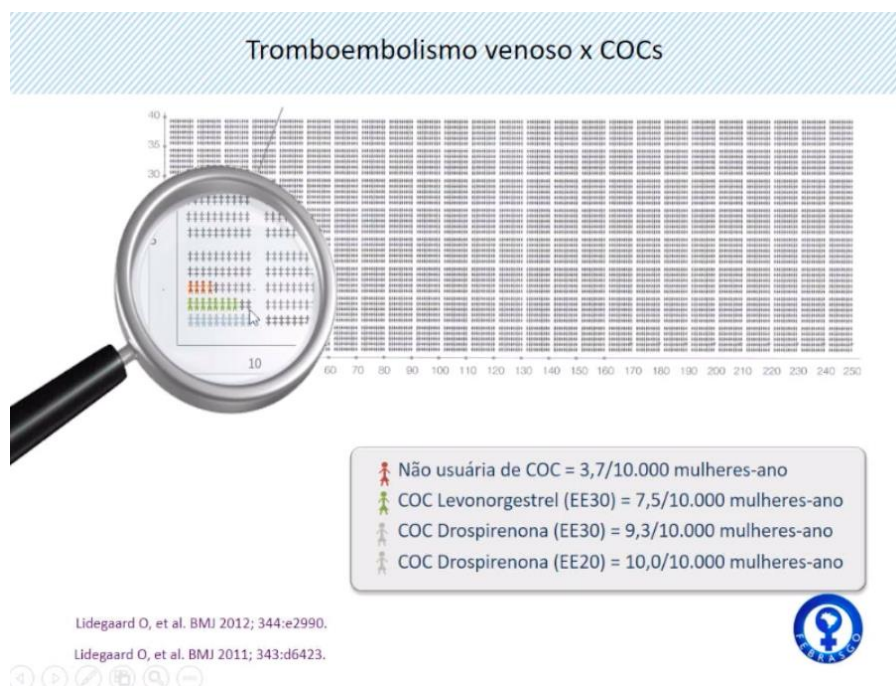
<sup>134</sup> Como o artigo que Machado utiliza como referência no slide em que mostra o gráfico conclui: “In conclusion, our findings support the hypothesis that the increase of SHBG induced by a combined oral contraceptive could be interpreted as a measure of estrogenicity of a combined oral contraceptive and that estrogenicity is a factor influencing the thrombotic risk of an oral contraceptive” (Van Vliet et al., 2005, p. 567).

<sup>135</sup> Esse Quadro 4 foi elaborado com base na teleaula de Machado (2018) e na classificação em gerações elaborada anteriormente. A pílula combinada com acetato de ciproterona, enquadrada como “não classificada em geração”

\* Entre as citadas, a drospirenona, tida como principal de quarta geração, é considerada por Machado (2018) o progestagênio mais estrogênico.

Após essa diferenciação, Machado (2018) busca demonstrar a diferença no risco aumentado de TEV em relação às diferentes pílulas combinadas com o auxílio de diferentes referências. Ele apresenta o slide seguinte (Figura 4) ao mesmo tempo em que diz:

Figura 4 - Slide “Tromboembolismo venoso x COCs” por Machado (Machado, 2018)



Fonte: Machado, 2018

Agora tudo isso é muito complicado. O que a literatura fala? (...) Eu gosto muito dessa explicação, porque aqui tem 10 mil mulheres. Para achar a mulher que tem trombose venosa profunda jovem entre 10 mil mulheres em um ano é muito difícil. Então vamos pensar que isso seja um estádio de 10 mil mulheres que vão ser monitoradas por um ano seguido. (...) Quantos casos nós vamos ter de trombose para mulheres que não tomam pílula? E aí a gente precisaria colocar uma lupa para achar essas mulheres nesse universo de 10 mil. E com essa lupa, nós vamos encontrar que quatro mulheres a cada 10 mil vão ter um evento tromboembólico venoso. Seja um tromboembolismo venoso de membro inferior, seja tromboembolismo pulmonar. Então é um risco muito baixo. Quatro em 10 mil. **Caso essas mulheres tomem uma pílula com levonorgestrel, que é colocada como a pílula mais segura de todas, isso aumenta. Então, veja, que o risco de quatro para 10 mil passa para oito em 10 mil. Dobra o risco. Mas continua sendo um risco muito baixo. Porque são oito casos para 10 mil mulheres por ano. É sete e meio na realidade. E se a pílula for mais recente? Que é aquela pílula que estaria hoje mais em voga em relação ao que aparece, principalmente na mídia social<sup>136</sup>. Colocar aqui como exemplo a**

no Quadro 1 e que não é indicada prioritariamente para contracepção, é ainda mais estrogênica que a que contém drospirenona.

<sup>136</sup> Aqui, Machado está fazendo referência à controvérsia em relação ao risco de TEV nas pílulas de drospirenona especificamente, que teriam sido o alvo mais recente de controvérsias, segundo ele. Como vimos, essas pílulas

**drospirenona. Eles iriam para nove a 10 casos a cada 10 mil. Ou seja, dois casos a mais em 10 mil do que as pílulas mais seguras. Ou seja, muito pouco. Então o que se tem aqui é uma doença de baixa incidência. (...) Doença de baixa incidência<sup>137</sup>, risco baixo [de TEV entre usuárias de COCs].** E também as pílulas ditas mais seguras têm praticamente os mesmos riscos das pílulas que são as pílulas mais inseguras. (Machado, 2018, grifos meus).

Complementa ainda se referindo a outros três estudos sobre formulações contendo 30 microgramas de etinilestradiol combinadas com diferentes progestagênicos. No primeiro estudo, a associação com dois miligramas de acetato de ciproterona resultaria em risco absoluto de 8,5 casos de TEV a cada 10 mil mulheres por ano (Seaman et al, 2003 apud Machado, 2018); no segundo, com três miligramas de drospirenona, seriam 13,7 casos a cada 10 mil mulheres por ano (Pearce, 2005 apud Machado, 2018) e, por fim, um estudo sobre combinações com acetato de clormadinona indicaria dois casos a cada 10 mil mulheres por ano (Schramm e Steffens, 2002 apud Machado, 2018).

As referências que aparecem ao estudo dinamarquês no Quadro 3 contrastam com o que é citado no documento da Febrasgo (Machado et al, 2016). Lá, a referência ao estudo aponta para um risco relativo entre usuárias de pílulas com levonorgestrel de 2,9 em relação a não usuárias (que não estão grávidas), enquanto entre usuárias de drospirenona esse risco relativo seria 6,6 (Lidegaard, 2011 apud Machado et al, 2016). Segundo essas medidas, se o risco absoluto entre não usuárias fosse de 3,7 casos a cada 10 mil mulheres por ano, as pílulas com levonorgestrel teriam como média 10,73 casos e as com drospirenona 24 casos a cada 10 mil mulheres por ano. Já se os casos de TEV com pílulas contendo drospirenona fossem 10 a cada 10 mil mulheres ano, os números absolutos em relação às pílulas com levonorgestrel seriam 4,5 e entre não usuárias 1,5. Da mesma forma, destoam das considerações da Anvisa que vimos acima, que associou as pílulas com drospirenona, gestodeno e desogestrel a um risco de 4 a 6 vezes maior de ocorrência de TEV, em um ano, que entre não usuárias de pílulas combinadas. Se o risco absoluto entre não usuárias fosse de 3,7, portanto, teríamos um risco absoluto de 14,8 a 22,2 casos entre usuárias dessas pílulas, segundo os dados da Anvisa.

Antes de finalizar, no entanto, apresenta uma pesquisa sobre compostos com drospirenona que vão em uma direção diferente e diz:

Recentemente, agora em março deste ano, surgiu uma revisão sistemática com meta-análise, mostrando que as pílulas com drospirenona, que eram aquelas também colocadas como as que tinham mais risco, **parece que se comportam como as outras... Como os outros anticoncepcionais. Então neste momento, não daria**

---

tiveram seu risco investigado por agências como a EMA, FDA e Anvisa na década de 2010, sendo o alvo mais recente, já que lançadas nos anos 2000.

<sup>137</sup> Incidência se refere ao número de casos de TEV em uma população de usuárias por ano.



**para falar que existe uma pílula que é uma pílula mais insegura do que outras**  
(Machado, 2018, grifos meus).

Interessante notar que, ao mesmo tempo em que diz as palavras acima, mostra um slide contendo o título do artigo citado<sup>138</sup>, sua referência, e a parte do resumo do artigo que expõe as conclusões do estudo. Lê-se no slide: “*Conclusions: Due to the methodological limitations of the individual studies, the VTE risk of drospirenone-containing COCs remains unknown. The highest quality studies suggest no or slightly increased harmful effects, but their confidence limits do not rule out an almost doubling of the risk.*” (Larivée et al, 2017 apud Machado, 2018)<sup>139</sup>. Ao acessar o artigo diretamente, vi que o seu objetivo não era avaliar diretamente o risco das pílulas anticoncepcionais, mas “avaliar as forças e limitações metodológicas da evidência do risco de TEV nesses contraceptivos orais combinados [os que contêm drospirenona] (Larivée et al., 2017, tradução minha)<sup>140</sup>”.

O artigo analisa 17 estudos que envolviam risco de TEV em pílulas com drospirenona e classifica os seus vieses<sup>141</sup> com a ajuda de uma ferramenta chamada ROBINS-I (*Risk Of Bias in Non-randomized Studies Of Interventions*). Cada artigo tem seu risco de viés classificado em baixo, moderado, sério ou crítico. O segundo enunciado da conclusão citada acima, que faz referência a “estudos de maior qualidade”, trata portanto de três estudos cujos riscos de viés foram considerados “moderados” (nenhum estudo teve risco de viés classificado como baixo). São esses três estudos que sugeririam, portanto, “que COCs contendo drospirenona não estão associados ou aumentam ligeiramente o risco de TEV em relação aos COCs contendo levonorgestrel”, ainda que “seus limites de confiança não eliminem a possibilidade de quase duplicação do risco” (Larivée et al, 2017, tradução minha). Ou seja, o enunciado não afirma que as pílulas contendo drospirenona “se comportam como as outras”, como diz Machado

---

<sup>138</sup> O título do artigo é: “Drospirenone-containing Oral Contraceptive Pills and the Risk of Venous Thromboembolism: A Systematic Review of Observational Studies” (Larivée et al, 2017). Na seção do artigo na qual devem ser relatados os conflitos de interesse, é revelado que um dos cinco autores, Samy Suissa, foi consultor da Bayer e da Organon.

<sup>139</sup> Em português: “Conclusões: Devido a limitações metodológicas dos estudos individuais, o risco de tromboembolismo venoso dos contraceptivos orais combinados contendo drospirenona permanece desconhecido. Os estudos de maior qualidade sugerem efeitos nocivos inexistentes ou levemente aumentados, mas seus limites de confiança não eliminam a possibilidade de quase duplicação do riscos.” (Larivée et al, 2017, tradução minha) Outro artigo sobre um estudo de corte, publicado no mesmo ano por quatro dos cinco autores que também publicaram esse trabalho, concluiu: “Our analysis of restarters suggests a doubling of venous thromboembolism risk with drospirenone versus levonorgestrel” (Larivée et al, 2017). Mas esse estudo também não é levado em consideração na apresentação.

<sup>140</sup> No original: “Objectives: To assess the methodological strengths and limitations of the evidence on the VTE risk of these COCs.”

<sup>141</sup> Os vieses analisados no estudo seriam: bias due to confounding, bias in selection of participants into study, bias in classification of interventions, bias due to departure from intended interventions, bias due to missing data, bias in measurement of outcomes, and bias in selection of the reported results (Larivée et al, 2017).

(2018), mas a impossibilidade de uma resposta definitiva. Ademais, diz respeito a apenas um tipo de progestagênio, a drospirenona, o que não estenderia a validade para os progestagênios de terceira geração. Assim, não se poderia concluir, a partir da leitura desse artigo, que neste momento, não daria para falar que existe uma pílula que é uma pílula mais insegura do que outras”, como declara Machado (2018). Chamo atenção, por fim, para a ausência da análise, nesse artigo (Larivée et al, 2017), de cinco dos estudos citados no documento de recomendações da Febrasgo, listados no Quadro 3. Os únicos trabalhos avaliados no trabalho são os de Lidegaard (2011), Dinger et al (2007) e Seeger et al (2007). Os três são classificados como tendo risco “sério” de viés segundo a ferramenta ROBINS, sendo descartados da categoria “estudos de maior qualidade”.

Finalmente, Machado termina suas considerações sobre as diferenças entre pílulas combinadas e risco de TEV fazendo referência ao volume quatro das recomendações da Febrasgo sobre risco tromboembólico, do qual é também autor. Anuncia que a instituição (Febrasgo) tem como diretriz o seguinte:

**o risco tromboembólico se deve fundamentalmente ao componente estrogênico, sendo considerado um efeito de classe farmacológica. Então não dá para diferenciar.** Toda pílula combinada eleva o risco de trombose. **E as pequenas diferenças entre os estudos não nos permitem distinguir claramente maior risco de tromboembolismo venoso entre as formulações combinadas.** Então em linhas gerais, a ideia seria de tranquilizar, de mostrar que a pílula ainda tem uma boa indicação. **Toda história da anticoncepção não pode ser hoje subestimada. E é algo bastante seguro** (Machado, 2018, grifos meus).

Assim, vemos aqui que, da mesma forma que no caso do documento da Febrasgo, há também o predomínio de modalidades negativas e um enfraquecimento da associação entre pílulas de terceira e quarta geração a risco aumentado de TEV quando em comparação às pílulas de segunda geração.

### *2.6.3 Simpósio/Lunch meeting da Libbs<sup>142</sup> e Conferência “A magnitude do TEV na mulher”, por Eduardo<sup>143</sup>*

Outra situação em campo relacionada à produção de (in)diferença entre pílulas a partir da interferência de seu risco tromboembólico aconteceu no Simpósio da Libbs (ou *lunch*

---

<sup>142</sup> O título foi “Anticoncepção hormonal. O que é real e o que é imaginário?” e foi realizado no 57o Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia. Segundo programação científica disponível no site da associação, o mesmo simpósio foi realizado no dia 25 de agosto de 2017 no XXII Congresso de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo (realizado pela Sogesp), do qual não participei.

<sup>143</sup> Conferência patrocinada pela empresa Sanofi e realizada no dia 04 de agosto de 2018 no XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em Porto Alegre (RS).

*meeting*) intitulado “Anticoncepção hormonal. O que é real e o que é imaginário?” no 57º CBGO, em Belém, Pará (2017). Ao entrar no auditório, recebi, da mesma forma que todos os outros participantes, além de um lanche do *Subway*, um controle remoto que permitia que interagíssemos votando em respostas para perguntas que seriam divulgadas nas telas. Após um teste<sup>144</sup> a fim de verificar se o aparato funcionava, presumiu-se que os participantes sabiam como votar e foram apresentadas no telão sete questões, descritas enquanto “situações”, sobre as quais, após os votos, os palestrantes fizeram comentários. Abaixo, transcrevo a última das situações apresentadas, a de número sete, seguida das opções de respostas e do resultado percentual da votação da plateia.

### **Situação 7**

“Há necessidade de trocar o contraceptivo em uso para evitar risco de trombose.”

- 1) Concordo totalmente (19% dos votantes);
- 2) Concordo em parte (41,5%);
- 3) Discordo totalmente (0,5%);
- 4) Discordo em parte (14%);
- 5) Não concordo nem discordo (25%).

Comentando tal situação, Marcelo disse que a troca de pílula oral combinada para diminuição do risco não é indicada. Referindo-se à possível troca entre uma pílula com progestagênios de terceira ou quarta geração por outra com os de segunda geração, considerado o “mais seguro”, diz que não seria indicado porque o risco de trombose diminui depois do primeiro ano de uso. Dessa forma, trocar a pílula poderia colocar a paciente de volta ao risco dos primeiros meses. É relevante notar, no entanto, que após a intervenção de um ouvinte que perguntou sobre o aumento de risco caso a troca aconteça sem uma pausa, Eduardo respondeu que, caso a pausa para troca seja inferior a quatro semanas, não há volta do risco associado ao início do uso das pílulas. Ademais, a troca de contraceptivo por um que não seja o oral combinado também não foi considerada.

---

<sup>144</sup> Nesse teste, Frederico apresentou no telão uma questão a ser respondida por meio dos toques nos controles remotos dos ouvintes sentados à plateia. A pergunta era: “Qual time foi campeão brasileiro de 2017?” Com risadas na plateia, que vota, Frederico disse: “É óbvia a resposta, só não vai dar 100% de acerto porque tem muita mulher na sala.” Após a divulgação da resposta correta, Corinthians, o hino do time de futebol começou a tocar, o que fez a plateia rir novamente. O simpósio me fez lembrar, em alguns momentos, de um programa de auditório. Isso aconteceu principalmente nessa parte inicial mais interativa e conduzida por Frederico, bastante carismático e com capacidade de envolver a plateia.

Após esse primeiro momento, ocorreram as apresentações programadas. Na primeira delas, intitulada “A evolução da anticoncepção – abordagem da redução de risco ao longo dos anos”, Frederico explica que a “evolução” das pílulas se deu em sua segurança, e não em sua eficácia, que sempre teria sido alta. Refere-se também à diferença entre os progestagênios no risco tromboembólico, explicando que conforme se diminui a androgenicidade nas novas gerações, aumenta a estrogenicidade das pílulas, acumulando com os efeitos do estrogênio na coagulação. Afirma, contudo, que tem “convicção que esse efeito é desprezível”. Apresenta primeiro, então, os dados do “estudo dinamarquês” (Lidegaard et al, 2011, cf. quadro 3), que indicam que as pílulas contendo desogestrel, gestodeno e drospirenona teriam riscos maiores, porém se refere ao estudo como “polêmico” por conta de questões metodológicas. Em seguida, refere-se a um artigo fruto da pesquisa EURAS, também já citado no documento da Febrasgo (Dinger et al, 2007, cf. quadro 3), como exemplo de estudo que indicaria não haver diferença de risco tromboembólico entre a drospirenona e o levonorgestrel. Encerrou sua apresentação afirmando que “independentemente da controvérsia estabelecida, o risco de TEV em usuárias de COCs é baixo e os seus benefícios contraceptivos associados aos não contraceptivos justificam plenamente o seu uso”. Portanto recomendou que “não se deve escolher anticoncepcional baseado no seu risco de trombose”. A alternativa seria, para Frederico, “singularizar o uso de acordo com a necessidade de cada paciente”. Tais “necessidades”, presume-se, são vinculadas também aos chamados “benefícios extracontraceptivos” das pílulas.

Após a segunda palestra, proferida pelo médico Eduardo e intitulada “Aspectos relevantes da trombose na mulher”<sup>145</sup>, teve início a apresentação de Marcelo. Com o nome “Novos estudos sobre segurança da drospirenona”, foi centrada nas controvérsias presentes nos estudos sobre segurança do uso da drospirenona. O médico apresentou em um *slide* uma foto do perfil no *Facebook* intitulado “Adeus Hormônios”, que coordena o grupo homônimo na mesma rede social, para mostrar como as mulheres estavam preocupadas em relação às pílulas anticoncepcionais. Contou de um caso de uma jovem branca de 22 anos, estudante de medicina veterinária na UNESP de Botucatu (SP), que teve trombose cerebral e ficou internada por três dias na unidade de tratamento intensivo<sup>146</sup>. Após receber alta, ela publicou uma postagem no

---

<sup>145</sup> O médico apresentou um vídeo que mostrava como a trombose acontecia dentro do corpo, evidenciando também a possível relação entre trombose venosa profunda e embolia pulmonar. Além disso, tratou de outros fatores de risco para trombose. Voltarei a essa palestra no capítulo 3.

<sup>146</sup> Nas reportagens, ela conta ainda que mesmo tendo visitado três ginecologistas diferentes ao longo da vida, nunca havia sido informada do risco de trombose e que não tinha nenhum outro fator de risco. Consumia a pílula Yaz, da Bayer, composta de etinilestradiol e drospirenona. A notícia foi replicada por diferentes sítios jornalísticos, como G1, R7, Capricho, dentre outros. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/bauru->

*Facebook* contando o que viveu e alertando outras mulheres sobre os riscos das pílulas. Em um dia, a postagem alcançou mais de 80 mil perfis, sendo compartilhada por 20 mil deles. Marcelo lamentou que as mulheres sejam “pouco e mal informadas e acabem indo de acordo com o que dizem as notícias”. E depois de argumentar em prol de uma maneira específica de explicar às pacientes e à imprensa o “real” risco de trombose associado às pílulas - que abordarei no próximo capítulo - destacou também a necessidade de falar às pacientes dos benefícios não contraceptivos dos hormônios, afirmando que muitas vezes elas não os reconhecem.

Em seguida, adentrou o tema específico de sua palestra e discorreu sobre os problemas metodológicos do “estudo dinamarquês”, que associa as pílulas com drospirenona a um maior risco tromboembólico que as com levonorgestrel. Recorreu, para isso, ao mesmo artigo citado na teleaula por Machado (Larivée et al, 2017), mas o abordando mais detalhadamente. Explicou que se tratava de uma revisão sistemática que analisou sete tipos de vieses em 17 estudos que envolviam pílulas com drospirenona e que tais vieses foram avaliados como baixos, moderados, sérios ou críticos. Marcelo chamou atenção para como o estudo dinamarquês foi considerado com risco “sério” de viés nesse artigo, e que os estudos avaliados como contendo vieses “moderados”, de “melhor qualidade metodológica”, indicavam não haver diferença entre pílulas com drospirenona e levonorgestrel no risco de trombose. No entanto, silencia a respeito do artigo de Dinger et al (2007) - também citado por Frederico, mas para defender a indiferença de risco de TEV entre as pílulas de drospirenona e levonorgestrel - que também é avaliado como tendo risco “sério” de viés no artigo (Larivée et al, 2017). Por fim, reafirmou que a “escolha do anticoncepcional não deve ser baseada nos riscos de trombose”.

Tanto o artigo de Dinger et al (2007) quanto o de Larivée et al (2017) não abordam o risco de TEV nas pílulas consideradas de terceira geração, embora o de Lidegaard (2011) o faça. Assim, os dois artigos que dão suporte à indiferença de risco entre drospirenona (quarta geração) e levonorgestrel (segunda geração) o fazem ignorando o debate sobre o risco das pílulas de terceira geração (desogestrel e gestodeno). Apesar disso, a conclusão das apresentações parece ser a de que há controvérsia quanto à diferenciação de progestagênicos e sua relação com o risco de TEV independente da geração que esteja em questão. É a partir daí que se conclui que o risco de trombose não deve ser levado em conta quando da escolha de uma pílula combinada, o que dá suporte também ao argumento contra a troca de pílula com base no receio de TEV.

---

marilia/noticia/2016/08/jovem-tem-trombose-cerebral-apos-uso-de-pilula-e-relato-bomba-na-web.html. Acesso em 20/02/2021.

Vemos assim que, por um lado, os médicos apresentam a possibilidade e mesmo sugerem explicações para o risco maior associado às pílulas de terceira e quarta geração sobre às de segunda (o aumento da estrogenicidade das pílulas, com seus efeitos na coagulação, é também citado por Frederico). Entretanto, no fim das palestras, a conclusão é de que se trata de uma controvérsia e que, por isso, as possíveis diferenças de risco de TEV entre as diferentes pílulas - que vão progressivamente se desmaterializando ao longo do argumento - não devem ser levadas em consideração ao se prescrever pílulas combinadas. Nesse sentido, embora de maneira mais simplificada, o argumento e sua forma são parecidos com os presentes no documento da Febrasgo (Machado et al, 2016).

Contudo, há também momentos nos quais a diferença aparece como enunciado “consolidado”, ou pelo menos parte dela. Como contraste, apresento um trecho de uma das apresentações do ginecologista Eduardo, que além de participar do Simpósio da Libbs, deu conferências e palestras sobre tromboembolismo também no XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia e no XXIII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, ambos em 2018.

**Quanto mais androgênica é a minha progesterona, mais segura ela é do ponto de vista tromboembólico. Quanto menos androgênica, mais insegura.** (...) E aí a Organização Mundial da Saúde lançou em 1995<sup>147</sup> um aviso, um alerta: **"Vejam, desogestrel ou gestodeno, progestagênicos de terceira geração, aumentam uma vez e meia a duas vezes e meia risco de TEV. Isso já é consolidado, isso já é bem sabido.** (Eduardo, 2018, grifos meus)<sup>148</sup>

Aqui, os progestagênicos de terceira geração (gestodeno e desogestrel) são associados ao risco aumentado de TEV de maneira mais definitiva: “isso já é consolidado, isso já é bem sabido”.

No entanto, na mesma conferência, afirma haver ainda ambiguidade nos estudos relacionados ao risco aumentado associado à drospirenona, a mais utilizada de quarta geração. Para isso, apresenta quatro artigos dos estudos já citados no documento da Febrasgo e sistematizados no Quadro 3: EURAS (Dinger et al, 2007), Ingenix (Seeger et al, 2007), Mega (van Hylckama Vlieg, 2009) e estudo dinamarquês (Lidegaard, 2009<sup>149</sup>). Sistematiza-os da mesma maneira que a bula americana da pílula Yasmin<sup>150</sup>, da Bayer, publicada em 2010 (FDA,

---

<sup>147</sup> Poulter et al, 1995.

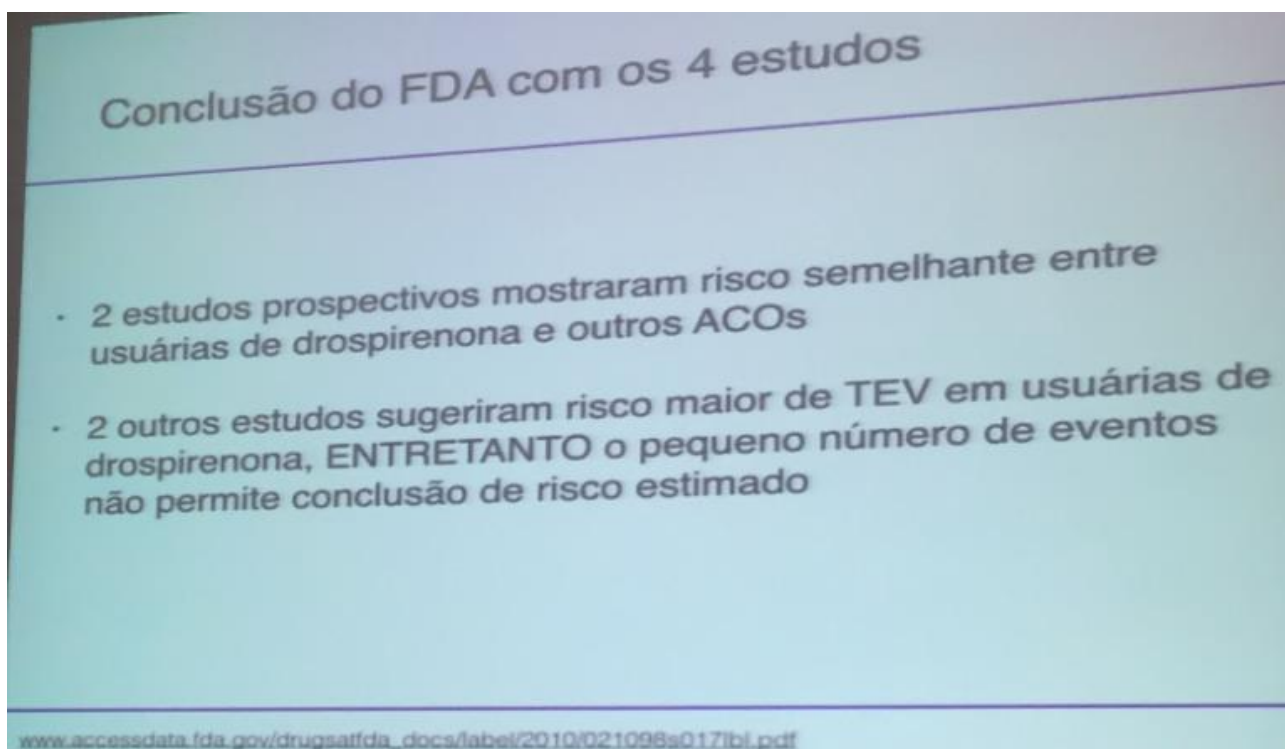
<sup>148</sup> A conferência “A magnitude do TEV na mulher”, diferente das palestras que chamam em geral de “aulas” e que duram entre 15 a 30 minutos, durou 45 minutos.

<sup>149</sup> Diferente da tabela 3, o artigo citado aqui, embora fruto do mesmo estudo, foi publicado dois anos antes. Contudo, as conclusões são parecidas, ainda que o segundo tenha realizado alguns ajustes em fatores de confusão e seja mais focado na questão do risco de TEV em pílulas com diferentes tipos de progestagênicos (Lidegaard et al, 2011).

<sup>150</sup> A pílula Yasmin é composta de 30 microgramas de etinilestradiol e três miligramas de drospirenona.

2010, cf. Figura 5)<sup>151</sup>. Conclui, assim, que tal diferença de risco “não deve influenciar na nossa decisão pela escolha do método” (Eduardo, Congresso Gaúcho de Ginecologia, 04/08/2018). A Figura 5 abaixo reproduz slide apresentado em sua conferência.

Figura 5 - Fotografia do Slide Conferência “A magnitude do TEV na mulher”, proferida por Eduardo no dia 04 de agosto de 2018 e patrocinada pela empresa Sanofi, no XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em Porto Alegre (RS).



Fonte: Arquivo Pessoal (fotografia tirada na Conferência)

Ou seja, da mesma forma que a bula americana da Yasmin, são selecionados quatro artigos cujos resultados são conflitantes, e conclui-se que não há evidência de risco aumentado nas pílulas com drospirenona em relação a outros anticoncepcionais orais. Novamente, como já vimos na descrição do documento da Febrasgo, nem todos esses estudos se referem especificamente à comparação com as pílulas com levonorgestrel e, por isso, a conclusão é que o risco não difere da média de outras pílulas (agrupando as de segunda e terceira geração). Por fim, chamo atenção para uma distinção importante entre a bula da FDA e a apresentação de Eduardo. A primeira foi publicada em 2010, quando artigos, também presentes no Quadro 3, não haviam sido publicados, como as revisões sistemáticas realizadas a partir da análise de 25

<sup>151</sup> Disponível em: <[https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2010/021098s017lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/021098s017lbl.pdf)>. Acesso em: 20/07/2020.

publicações publicadas na *British Medical Journal* (Stageman et al, 2013) e na base de dados Cochrane (Bastos et al, 2014). Por outro lado, a apresentação de Eduardo foi realizada em 2018, após a publicação desses estudos e do documento da Febrasgo, nos quais são ao menos citados.

Além disso, a própria FDA fez publicações em 2011 inserindo, em sua revisão, outros dois artigos publicados no *British Medical Journal* (Parkin et al, 2011; Jick e Hernandez, 2011) que sugeriam o aumento do risco de TEV de duas (Jick e Hernandez, 2011) a três vezes (Parkin et al, 2011) no caso das pílulas com drospirenona em relação às com levonorgestrel (e não eram patrocinados pela indústria). O FDA então concluía que, embora a revisão ainda estivesse em andamento, os dados preliminares eram consistentes com um aumento de aproximadamente 1,5 vezes no risco de coágulos sanguíneos para usuárias de anticoncepcionais contendo drospirenona em comparação com usuárias de outros anticoncepcionais hormonais<sup>152</sup>. Posteriormente, ainda, quando o relatório final foi publicado, a própria pesquisa financiada pelo FDA contribuiu positivamente para o crescente corpo de evidências ligando a drospirenona ao aumento do risco de TEV em relação às outras pílulas de baixa dose, com um risco relativo de 1.74 (95% CI - 1.42 – 2.14)<sup>153</sup>. Essas foram algumas das notas que inspiraram a Anvisa em suas publicações, como vimos anteriormente.

Por um lado, a diferença de risco que não deve influenciar na decisão de qual método deve ser utilizado, como defende Eduardo, se refere à drospirenona - que é o composto cujo risco está em questão nesses estudos citados. Contudo, há certa ambiguidade quanto às pílulas de terceira geração, já que não há uma recomendação específica para o caso delas, ainda que seu risco aumentado em relação ao levonorgestrel seja reconhecido como consolidado. Fica implícito, assim, que o risco associado a elas também não deve influenciar na sua prescrição ou não. Assim, da mesma forma que no documento da Febrasgo e na teleaula de Machado, vemos que, embora a associação das pílulas de terceira geração ao risco aumentado de TEV em relação às de segunda sejam reconhecidas na conferência de Eduardo, não se tira dela nenhuma consequência prática e, assim, se não ativamente a enfraquece, também não a fortalece. No caso

---

<sup>152</sup> U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). **FDA Drug Safety Communication: Safety review update on the possible increased risk of blood clots with birth control pills containing drospirenone**. 26 de set. de 2011. Disponível em: <<https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-safety-review-update-possible-increased-risk-blood-clots-birth-control>>. Acesso em 20 de mar. de 2021.

<sup>153</sup> O relatório é intitulado “Combined Hormonal Contraceptives (CHCs) and the Risk of Cardiovascular Disease Endpoints”. Disponível em: <<https://www.fda.gov/media/82335/download>>. Acesso em 20/03/2021. Os dados analisados são provenientes dos seguintes programas dos Estados Unidos: Kaiser Permanente Northern California (KPNC), Kaiser Permanente Southern California (KPSC), Tennessee State Medicaid (Vanderbilt) e Washington State Medicaid (Universidade de Washington).



do risco nas pílulas de quarta geração, há um enfraquecimento como nas outras apresentações descritas anteriormente, a partir de modalidades negativas.

Por fim, vale a pena enfatizar aqui quantos elementos são articulados nessas atuações. Com Latour, aprendemos que um “documento se torna científico quando tem pretensão a deixar de ser algo isolado e quando as pessoas engajadas na sua publicação são numerosas e estão explicitamente indicadas no texto”, fazendo com que o leitor é que fique isolado (Latour, 2000, p. 58). Vemos que nas práticas descritas, elementos como a Febrasgo e a Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção, as universidades em que seus integrantes se formaram e trabalham, os artigos científicos, suas revistas e envolvidos nas publicações, as empresas farmacêuticas, a imprensa leiga que os reconhece como especialistas, os diferentes hormônios, suas potências, benefícios, riscos e vínculos a performances de gênero, dentre ainda outros, são mobilizados como aliados na produção de cientificidade ou faticidade das afirmações. A forma como os artigos científicos e publicações em geral aparecem nas apresentações merece ainda especial atenção. Conforme descrito, não aparecem apenas como aliados, mas também modulados conforme a tese defendida nas apresentações e documentos. Uma tática que apareceu mais de uma vez foi a de contrastar dois grupos de textos a fim de argumentar que se trata de uma controvérsia da qual ainda é cedo para qualquer conclusão.

#### *2.6.4 Campanha Vamos Decidir Juntos*

Finalmente, recupero alguns enquadramentos do sítio da campanha “Vamos Decidir Juntos” (VDJ) que, como vimos no início do capítulo, objetiva “desmistificar e esclarecer a população sobre o risco real associado ao uso da pílula anticoncepcional e os raros casos de complicações cardiovasculares, como a trombose venosa” a partir da divulgação, em uma plataforma digital, de “informações seguras e baseadas em orientações médicas, vídeos com especialistas, textos e artigos sobre o tema” (Febrasgo, 2017a). Diferente das descrições realizadas até aqui, trata-se de enquadramentos que se dirigem às potenciais usuárias de contracepção e não aos ginecologistas.

Ali, há uma breve referência ao risco potencialmente maior de algumas pílulas sobre outras, mas a nomenclatura dos progestagênios, as pesquisas e os dados que os diferenciam desaparecem. Na seção do sítio intitulada "trombose", há um artigo cujo título é “Trombose causada por anticoncepcional: qual é o risco?”. Lá, por sua vez, as perguntas “Anticoncepcional causa trombose?” e “O risco da doença é igual para todas as pílulas anticoncepcionais?” são respondidas das seguintes formas:

**Anticoncepcional causa trombose? Não há motivo para pânico!** Por mais que as consumidoras de pílula anticoncepcional possuam **risco um pouco maior de desenvolver o problema em comparação a não usuárias, o risco é baixo, cerca de 1 para 1.000 usuárias-ano.** Esse risco é mais evidente no primeiro ano de uso e concentrado em pacientes acima do peso e com idade mais avançada.

**O risco da doença é igual para todas as pílulas anticoncepcionais?** O estrogênio é o principal responsável pelo aumento do risco de trombose e, portanto, quanto maior a dose deste hormônio, maior é o risco de desenvolver a doença. **Nos últimos anos, alguns estudos indicaram que as pílulas mais atuais, com progestagênios de terceira e quarta geração, teriam maior impacto na coagulação em comparação às pílulas mais antigas de segunda geração. Entretanto, essa é uma questão que ainda não está totalmente esclarecida e deve ser alvo de estudos.** (VDJ, s.d., grifos meus)

No mesmo artigo, ainda, no subtítulo “Risco por perfil de mulheres”, vemos a seguinte imagem (Figura 6):

Figura 6 - Quadro comparativo do risco de TEV em diferentes “perfis de mulheres”

Perfil	Proporção de risco	Grupo de Mulheres
Não usuárias	4	10.000 mulheres - ano
Usuárias de COC	7 - 10	10.000 mulheres - ano
Gravidez	20 - 30	10.000 mulheres - ano
Pós-parto	40 - 65	10.000 mulheres - ano

Fonte: Sítio da Campanha "Vamos Decidir Juntos". Disponível em: <https://vamosdecidirjuntos.com.br/conteudo/trombose/trombose-causada-por-anticoncepcional-qual-e-o-risco/>. Acesso em: 20/02/2021.

E, ainda na seção “trombose”, vídeos na plataforma *YouTube* com ginecologistas respondendo às perguntas de mulheres estão disponíveis. No vídeo de título “É verdade que tomar pílula pode dar trombose?”<sup>154</sup>, uma jovem faz essa mesma pergunta ao ginecologista César Eduardo Fernandes, identificado como presidente da Febrasgo, que responde:

As mulheres jovens, que são as que usam pílula, mais ou menos entre os seus 20 e os seus 40 anos, têm uma chance muito pequena de vir a ter uma trombose. **Quando ela**

<sup>154</sup> O vídeo inicia com a frase, por escrito: "Febrasgo e Libbs apresentam..." e finaliza com a indicação da parceria entre as duas instituições, acompanhada do endereço do sítio da campanha VDJ. Disponível em: <<https://vamosdecidirjuntos.com.br/conteudo/videos/e-verdade-que-tomar-pilula-pode-dar-trombose/>>. Acesso em 20/02/2021.

**usa uma pílula anticoncepcional, esses números também continuam extremamente baixos, mas um pouquinho mais altos do que das mulheres que não estão tomando pílula. Se eu tratar mulheres com pílulas anticoncepcionais atuais, com baixas doses de hormônios, elas são absolutamente seguras, são muito seguras. Mas você aumenta ao redor de quatro casos. Ou seja, se você tinha quatro casos num lote de 10 mil mulheres ao longo de um ano, você passa a ter oito casos em cada 10 mil mulheres ao longo de um ano.** (Fernandes, 2017, grifos meus)

Percebe-se assim que, principalmente nessas duas últimas referências, não há nenhuma citação à diferenciação de risco entre diferentes pílulas combinadas. Enquanto na Figura 6, o risco atribuído às “usuárias de COCs” é apresentado como sendo entre 7 e 10 casos a cada 10 mil mulheres por ano - incluindo aí alguma variação de risco, ainda que sem relacioná-la a diferentes pílulas - a resposta de Fernandes (2017) não indica variação nem diferenciação entre as pílulas. O número que apresenta para usuárias de pílulas (oito casos em cada 10 mil mulheres ao longo de um ano) é o que Machado (2018) atribui à combinação com levonorgestrel em sua teleaula. Como vimos anteriormente ainda, tais números são menores e menos variados que os presentes nos estudos citados no documento da Febrasgo e dos riscos relativos indicados pela Anvisa.

Vê-se, portanto, que se confirmam as descrições de Fleck (2010) sobre as traduções que acontecem quando se trata da passagem aos círculos exotéricos. Nessa “apresentação popular”, dirigida às potenciais usuárias, há maior simplificação, “execução esteticamente agradável, viva e ilustrativa” e “avaliação apodítica” (Fleck, 2010, p. 166). Isso não significa dizer, no entanto, que as controvérsias desapareçam, mas aparecem de uma forma diferente. A avaliação apodítica é que a diferença de risco de TEV entre pílulas é controverso e que não há motivo para pânico quanto à sua segurança. Com a modalidade negativa que afirma ser essa “uma questão que ainda não está totalmente esclarecida e deve ser alvo de estudos”, descarta-se a possibilidade de se tirar consequências dela. Enfraquece-se, assim, a associação de diferentes pílulas combinadas a diferentes riscos de TEV e o benefício da dúvida é dado às pílulas de terceira e quarta geração, já que se livram de um enquadramento no qual seriam (fato consolidado) mais perigosas<sup>155</sup>. Enquanto não se articula a cientificidade/faticidade de uma afirmação na “ciência dos manuais” e na “apresentação popular”, permanece como fato o que se entendia

---

<sup>155</sup> O trabalho de John Abraham (1994) sobre a distribuição do benefício da dúvida na construção da segurança de medicamentos serve de referência aqui. A partir do exame dos argumentos apresentados por cientistas da indústria e do governo, o autor conclui que há uma grande concessão do benefício da dúvida científica em favor dos interesses comerciais da indústria farmacêutica. Argumenta ainda que a flexibilidade interpretativa, o fato de o ônus da prova recair sobre os reguladores e a confiança e dependência nos/dos cientistas da indústria influenciam essa forma de distribuição do benefício da dúvida (Abraham, 1994).

anteriormente: todas as pílulas combinadas são seguras e podem ser prescritas sem preocupações (“não há motivo para pânico!”).

A principal diferença em relação à “ciência dos manuais” é que lá suas modalidades negativas podem ser seguidas por meio dos artigos citados e, assim, a afirmação de que se trata de uma controvérsia pode ser questionada. Como as referências bibliográficas para a afirmação de que se trata de uma controvérsia nos documentos da Febrasgo e nos congressos somem no sítio Vamos Decidir Juntos, a existência de controvérsia é apresentada como fato inquestionável.

## **2.7 “Evolução” das pílulas anticoncepcionais: da segurança aos “benefícios extracontraceptivos”**

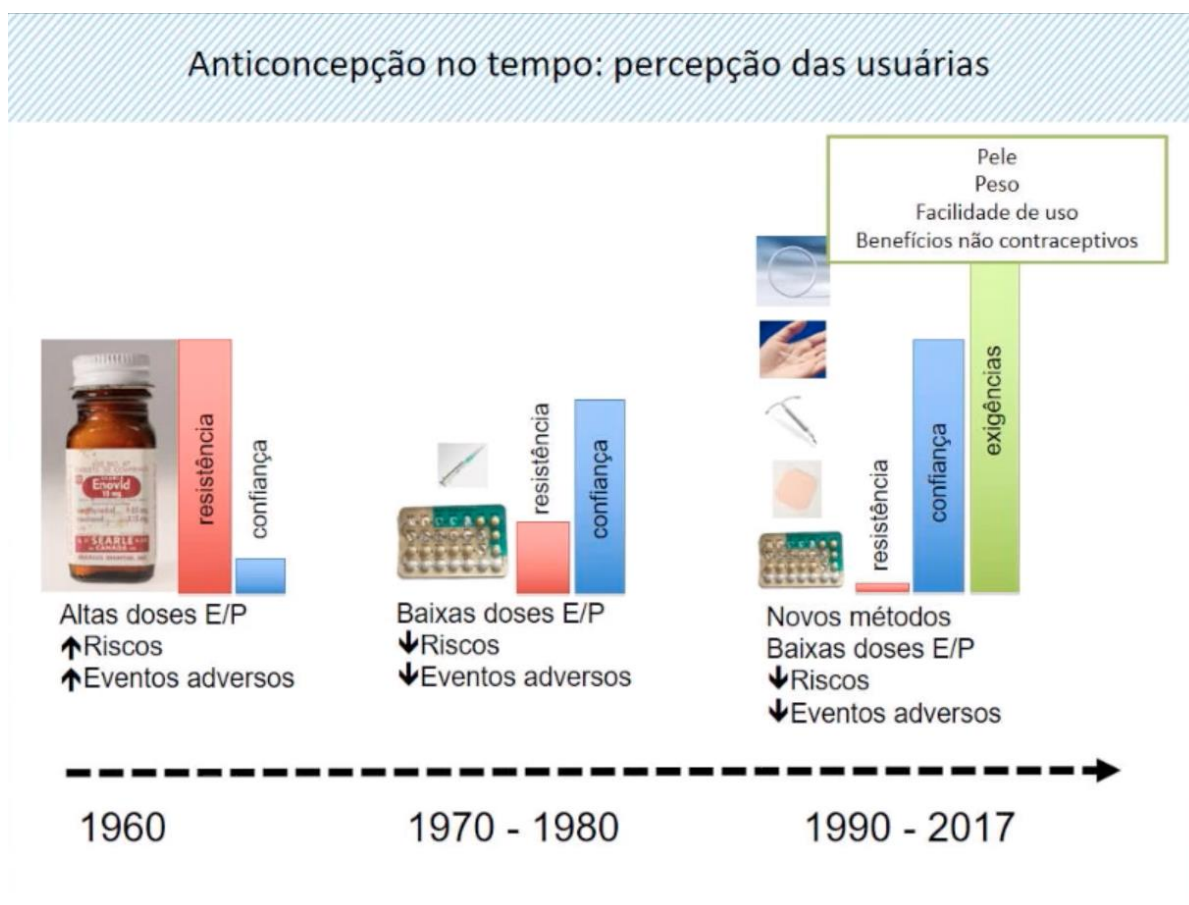
Por fim, gostaria de chamar a atenção ainda para o enquadramento evolutivo da história e das diferentes pílulas anticoncepcionais desenvolvidas ao longo dos anos. É recorrente que, em se tratando do risco associado de TEV, os médicos comentem que houve uma “evolução” nas pílulas anticoncepcionais, geralmente ligada à “diminuição das suas doses hormonais” e, com isso, uma diminuição do risco de TEV associado. Em entrevista para o Correio Braziliense, o ginecologista César Fernandes diz: “Em 1960, quando a pílula foi criada, eram 30 casos de complicações, ao ano, para cada 10 mil mulheres. Hoje, temos formulações que minimizam e chegam a um número de casos aceitável”<sup>156</sup>. Além disso, nos congressos há sempre esse enquadramento de “evolução”, nas quais as “novas” são bastante diferenciadas e contrapostas às de “primeira geração”, lançadas nos anos 1960. Em sua apresentação no Simpósio da Libbs do 57o CBGO, Frederico faz algo parecido ao enfatizar que o risco tromboembólico associado às pílulas é conhecido há muito tempo, tendo sido o primeiro caso relatado em 1961 às agências regulatórias. Contrapõe a elas, então, as pílulas atuais, que têm hoje um “risco aceitável epidemiologicamente”.

Outro exemplo aparece no início da teleaula de Machado (2018), na qual ele mostra o seguinte slide na Figura 7 enquanto o explica:

---

<sup>156</sup>. Refiro-me aqui à entrevista concedida ao Correio Braziliense, para reportagem de capa intitulada “A (nova) revolução dos anticoncepcionais”. Disponível em: [https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/revista/2017/04/02/interna\\_revista\\_correio,584871/mitos-e-verdades-sobre-a-pilula-anticoncepcional-e-contracepcao.shtml](https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/revista/2017/04/02/interna_revista_correio,584871/mitos-e-verdades-sobre-a-pilula-anticoncepcional-e-contracepcao.shtml) Publicado em: 02/04/2017. Acesso em: 10/05/2019.

Figura 7 - Slide “Anticoncepção no tempo: percepção das usuárias”



Fonte: Machado, 2018

Se a gente olhar para 1960, a primeira pílula (...) Continha uma dose de estrogênio absurdamente alta. Então próxima de 150 microgramas de etinilestradiol. Era o mestranol, um outro estrogênio. Mas dá mais ou menos 150 microgramas. Lembrando que hoje, nós estamos falando de pílulas abaixo de 50. Então são pílulas muito melhores do ponto de vista de dose estrogênica. Era muito arriscado, porque as mulheres tinham eventos... Eventos muitas vezes fatais, casos de AVC, infarto e tromboembolismo venoso. Eventos adversos também intensos devido a essas doses. (...) **Isso foi melhorando com a redução das doses dos hormônios, o ajuste nas doses e também os novos progestagênios.** Surgiram outros métodos, como por exemplo, o próprio injetável. Nós estamos falando aqui entre 1970 e 80. (...) E aí nós estamos hoje de 90 para 2017, muita coisa nova apareceu na anticoncepção, não na oral. Mas na oral, as doses foram diminuindo progressivamente em relação aos estrogênios, novos progestagênios, estrogênio natural, novos compostos, um anel vaginal, um implante, sistema intra uterino hormonal, adesivo contraceptivo, ou seja, nenhuma mulher tem resistência (...) O que que surge de novo? Um outro parâmetro. Ela começa a exigir. Então, ela recebe um anticoncepcional, ela sabe que tá tudo bem com ele do ponto de vista anticoncepcional. Só que ela quer exigir o quê? Normalmente, questões relacionadas à pele, quer que melhore sua pele, quer que não interfira no peso, quer que seja fácil de usar, e aí, muitas vezes, isso relacionado a benefícios não contraceptivos. (...) Os antiandrogênicos em geral, quando se fala de efeitos sobre a pele, nós estamos falando aqui de atividade mista, tanto de progestagênio, então todos eles, a ciproterona, o dienogeste, a drospirenona e a clormadinona, associadas ao etinilestradiol, diminuem sim a chegada do androgênio na unidade pilossebácea, então tende a melhorar bastante os efeitos sobre a pele, né?

(...) Então esse aqui é um exemplo típico de uma ação antiandrogênica benéfica e muitas vezes subutilizada para que nós tenhamos mais retenção dessa mulher, continuidade do uso e esse é um artifício muito interessante de utilizar. Só pra mostrar aqui um efeito também no tratamento de acne. (...) Em relação aos efeitos menstruais relacionados. Aqui são dois principais, principalmente em relação à dismenorrea, cólica, que diminui bastante. (...) E por fim, um outro benefício que muitas vezes, esse já é um pouco mais moderno é na extensão de número de comprimidos ativos. Na maioria das vezes, as pílulas têm um regime chamado 21-7. Ela toma 21 dias de pílula, para 7 dias. E hoje aparecem novos regimes, um 24-4, então aquele regime onde tem intervalo menor entre as cartelas. (...) Menos sintomatologia. Porque não vai ter tanto tempo de espaço entre os ciclos. (...) **Então tudo isso faz parte da evolução do anticoncepcional. (...) Então é uma soma de elementos que vêm para melhorar a vida e não para colocar temor ou tentar questionar os benefícios reais desses anticoncepcionais.** (Machado, 2018, grifos meus)

É interessante notar como na fala de Machado (2018), diversos elementos se misturam ao tratar da “evolução” das pílulas. Inicia falando dos riscos cardiovasculares das primeiras pílulas (AVC, infarto, TEV) e comenta que isso “foi melhorando com a redução das doses dos hormônios, o ajuste nas doses e também os novos progestagênios”. Parece haver, portanto, uma correlação entre essas “novidades” e a diminuição do risco cardiovascular, agrupando todas as pílulas que não sejam as de “primeira geração” - entendidas como as compostas por doses de mais de 50 microgramas de estrogênio – como menos arriscadas quando em comparação com as primeiras. Assim, são apagadas as diferenças entre pílulas que, em outros arranjos, são diferenciadas quanto ao risco de TEV. O *slide* que apresenta contribui para esse enquadramento, na medida em que ali não aparecem diferenças entre os riscos, efeitos adversos e dosagens na comparação entre as décadas de “1970-1980” e “1990-2017”. Assim, a possibilidade de aumento de algum risco ou de eventos adversos nas inovações da década de 1990 e posteriores é invisibilizada. As diferenças entre os dois períodos seriam apenas os “novos métodos”, o aumento da confiança das usuárias e suas exigências.

Em sua fala, cita as inovações que teriam aparecido na contracepção, referindo-se primeiro às décadas de 1970 e 1980 com a diminuição das doses estrogênicas e com os novos progestagênios nas pílulas combinadas e com o surgimento dos anticoncepcionais injetáveis. Depois, abordando o período entre 1990 e 2017, destaca que houve uma ainda maior diminuição nas dosagens hormonais, novos progestagênios e um estrogênio “natural”, além do surgimento de outros métodos hormonais (anel vaginal, implante, sistema intra uterino hormonal e adesivo contraceptivo). Não evidencia, no entanto, quais seriam as vantagens de cada uma dessas novidades, mas enfatiza que a partir daí, as mulheres, já confiando nos dispositivos, passam a exigir “benefícios” relacionados à pele, peso e facilidade no uso. E tais benefícios se tornariam possíveis, finalmente, com os progestagênios antiandrogênicos, que são os considerados de

terceira e quarta geração, sobre a qual ele se dedica a especificar os efeitos. Aqui, tais pílulas “antiandrogênicas” são associadas a efeitos benéficos sem questionamento, sem modalidades negativas que levem essas afirmações a suas condições de produção. Pelo contrário, fortalece-as afastando de tais condições e tirando delas consequências como a “retenção dessa mulher” e a “continuidade do uso”.

Dessa forma, há uma certa confusão entre diferentes aspectos dos métodos contraceptivos, com uma indiferenciação entre a “evolução” no que tange à segurança cardiovascular e aos efeitos não contraceptivos avaliados como benefícios (na pele, peso, facilidade de uso, cólicas, TPM, sangramentos). Invisibiliza, assim, a possibilidade de que sigam direções contrárias. Ao finalizar a apresentação enfatizando que todos esses elementos não vêm “pra colocar temor ou tentar questionar os benefícios reais desses anticoncepcionais”, mas para “melhorar a vida”, parece haver novamente uma desconsideração dos riscos a elas associados, que parecem ser fixados apenas às primeiras pílulas, com suas doses de estrogênio “absurdamente altas”, sendo “muito arriscadas” e gerando “eventos muitas vezes fatais”.

Além disso, a defesa, por Machado, da utilização da “ação antiandrogênica benéfica” a fim de ter “mais retenção dessa mulher” - junto à parte a apresentação de Marcelo no 57º CBGO em que defende a necessidade de falar às pacientes dos benefícios não contraceptivos dos hormônios porque elas não os reconheceriam como advindos deles - sugere o reconhecimento da importância atribuída à atuação pedagógica de ginecologistas na materialização da associação, na vida das usuárias, das pílulas e seus efeitos “benéficos”. E evidentemente também a própria atuação pedagógica desses ginecologistas associados à Febrasgo, às universidades e à indústria farmacêutica perante os vários ginecologistas que assistem essas aulas. Além disso, a ausência, nesses trechos, de uma justificativa da necessidade de retenção e continuidade de um método específico demonstra talvez que se trate de uma obviedade tacitamente compartilhada com aqueles para quem se dirige.

Já na plataforma da campanha “Vamos Decidir Juntos”, dirigida às potenciais usuárias, a “evolução” das pílulas é enquadrada de maneira similar, ainda que de forma ainda mais reduzida e simplificada. Primeiro há o trecho com que abro este capítulo, no qual, ao fazer referência à história do contraceptivo, afirma-se que “Ao longo das últimas décadas, a comunidade científica e a indústria farmacêutica vêm investindo no aprimoramento do medicamento **a fim de aumentar a segurança e reduzir os efeitos colaterais**” (VDJ, 2021, grifos meus). Chamo atenção para a separação performada entre segurança e redução dos efeitos colaterais, o que abre a possibilidade para uma leitura específica: se a segurança resulta da

preponderância dos benefícios sobre os riscos, aqui os efeitos colaterais não são considerados riscos e, portanto, não entram no cálculo da segurança. No *slide* “Anticoncepção no tempo” (Figura 7) na teleaula de Machado também estão separados os “riscos” dos “efeitos adversos”. Faz sentido na medida em que além do risco de trombose (ou riscos cardiovasculares em geral), outros efeitos adversos (por exemplo, náusea, dores nas mamas, diminuição da libido, dentre outros) não aparecem quando se trata de discutir segurança da pílula. Por outro lado, os “benefícios extracontraceptivos” aparecem para contrabalançar o risco de TEV.

Em seguida, há outro parágrafo precedido pelo subtítulo “Evolução”, no qual se lê:

Desde seu surgimento, a pílula já teve **vários avanços científicos** e quatro **mudanças fundamentais** destacam-se na **evolução do medicamento**: 1. Redução das doses hormonais; 2. **Surgimento de novos progestagênicos**; 3. Novos regimes de administração, ou seja, da forma como a pílula é tomada; 4. Introdução do estradiol (hormônio bioidêntico, ou seja, estrogênio igual ao produzido pelos ovários) (VDJ, 2021, grifos meus).

O trecho é seguido da Figura 8:

Figura 8 - “Evolução” das Pílulas Anticoncepcionais



Fonte: VDJ, 2021

Esse excerto e essa figura não sugerem diretamente que tais “avanços científicos” e “mudanças fundamentais” dizem respeito à segurança dos dispositivos, mas produzem um enquadramento que indica, pelo menos em algum sentido, uma melhora progressiva nas pílulas. Mas como estão na mesma página e logo após a menção aos aprimoramentos nos medicamentos com a finalidade de “aumentar a segurança e reduzir os efeitos colaterais”, não é difícil ler esse quadro como uma melhora linear das pílulas em relação à sua segurança. Se levarmos em conta que tais enquadramentos são formulados em meio a uma controvérsia sobre a segurança das pílulas anticoncepcionais - que é o que a campanha pretende responder - parece estranho que ela não tenha sido levada em consideração na produção de uma sistematização sobre a “evolução da pílula”. Contudo, na melhor das hipóteses, segundo enquadramentos que



apareceram nos congressos e documentos da Febrasgo que descrevo acima, os últimos “avanços” na segurança em relação ao risco de TEV aconteceram nos anos 1970 e 1980, com as diminuições das doses de estrogênio e com a utilização do levonorgestrel.

Sublinho ainda a presença da “introdução do estradiol (hormônio bioidêntico, ou seja, estrogênio igual ao produzido pelos ovários)” como uma “mudança fundamental”. Se, como vimos, não há evidências relacionando tais compostos à diminuição do risco de TEV (pelo menos em relação às pílulas de etinilestradiol com levonorgestrel), permanece a promoção dessas pílulas como um “avanço”. Isso se deve, provavelmente, à atualização da associação da “natureza” à segurança, como mostrei em minha pesquisa de mestrado sobre as práticas de recusa à pílula anticoncepcional (Klöppel, 2017; Klöppel e Rohden, 2021). Se ela não é tão evidente nas apresentações dos ginecologistas associados à Febrasgo, ela o é na promoção comercial dessas pílulas, como vemos na propaganda da pílula Stezza abaixo (Figura 9).

Figura 9 - Propaganda da pílula combinada “Stezza”, da MS&D



Fonte: Revista Femina, vol. 47, n. 3, 2019.

O trabalho de Ivone de Sá (2012), sobre como se estabilizaram as alternativas fitoterápicas à terapêutica de reposição hormonal, vai na mesma direção, evidenciando como a categoria “natureza” é operada nessas configurações em que os “remédios naturais” fazem sucesso entre críticos da biomedicina e também se inserem na indústria farmacêutica. A associação da “natureza” a uma ausência de riscos parece ser uma constante nesses enquadramentos e confirmam o argumento de Clarke et al (2010) de que essas “contratendências” fazem parte e são incorporadas pelo aparato de biomedicalização.

Enfim, trago novamente Eduardo com uma versão estendida da citação que transcrevi na seção anterior para reforçar as nuances que traz quando se refere à “evolução” das pílulas em relação ao risco de TEV. Ele diz:

Mas isso não é novo. Sabe-se desde 1961 o relato de uma enfermeira que morreu por embolia pulmonar, recebendo 100 microgramas de mestranol, que se metaboliza em etinilestradiol, e noretinodrel. Então, os estrogênios via oral aumentam os fatores de coagulação e diminuem os anticoagulantes. Quando nós usamos o etinilestradiol, eu estou diretamente agindo sobre o fígado. **Quanto maior é a dose, mais trombose eu tenho. Quanto menor a dose, menos trombose. Então, ao longo dos anos, foi se diminuindo a dose de etinilestradiol nas pílulas. Só que abaixo de 30, não se reduz risco de TEV. Então o limite são 30 microgramas. E aí passa a importar pra nós qual é a progesterona. Porque dependendo da onde vem a minha progesterona, eu terei maior ou menor potencialização do estrogênio.** Então consenso muito importante: quanto maior a dose de estrogênio oral, maior risco de TEV. (...) **Quanto mais androgênica é a minha progesterona, mais segura ela é do ponto de vista tromboembólico. Quanto menos androgênica, mais insegura.** (...) E aí a Organização Mundial da Saúde lançou em 1995 um aviso, um alerta: **"Vejam, desogestrel ou gestodeno, progestagênios de terceira geração, aumentam 1 vez e meia a duas vezes e meia risco de TEV. Isso já é consolidado, isso já é bem sabido. São progestagênios muito interessantes, são menos androgênicos, mas aumentam o risco de trombose.** (Eduardo, 2018)

Aqui, apesar de também ser performada uma diferenciação importante entre as pílulas de primeira geração e as gerações seguintes com relação à dose de estrogênio, essa diferenciação é mais modulada. Por um lado, se dá pelo limite da diminuição da dose: ao apontar que não há diferença entre os compostos com doses menores de 30 microgramas no risco de TEV, ele se contrapõe indiretamente àqueles que reivindicam que quanto menor a dosagem, mais segura é a pílula. Isso faz diferença quando se comparam pílulas contendo 15 ou 20 microgramas de etinilestradiol com outras contendo 30, por exemplo, o que é utilizado como estratégia de promoção de algumas pílulas.

Por outro lado, ele também desloca a ideia de uma evolução linear entre as gerações de pílulas, embora de maneira indireta. Referindo-se aos progestagênios, afirma que os progestagênios de terceira geração (desogestrel e gestodeno) têm risco aumentado de TEV em relação aos progestagênios mais androgênicos, como já indicado antes. Contudo, não menciona que esses são os considerados de “segunda geração” e nem que são compostas por levonorgestrel. Além disso, ressalta que apesar desse risco aumentado, os progestagênios de terceira geração “são muito interessantes”, fazendo referência aos chamados “benefícios extracontraceptivos” associados às pílulas com progestagênios antiandrogênicos.

Há nessas atuações, portanto, uma fronteira constantemente performada entre as “pílulas de primeira geração” e as de gerações seguintes, definidas em contraposição com aquelas, como de menor dosagem estrogênica. Essas primeiras pílulas são colocadas então

como esse “outro” que foi perigoso, mas do qual as novas pílulas se diferenciam em matéria de segurança. Por outro lado, facilmente se desliza para os “benefícios extraconcepcionais” quando se trata da “evolução” das pílulas, principalmente quanto às de terceira e quarta geração. Seus efeitos extraconcepcionais acabam sendo associados também à segurança, na medida em que ela se refere à relação entre riscos e benefícios. Produz-se um enquadramento, assim, em que os benefícios extraconcepcionais compensam o possível risco cardiovascular aumentado. Ainda que haja relativa variedade nas formas em que se produzem fronteiras entre pílulas de segunda, terceira e quarta geração, e ainda que se reconheça a possibilidade de as últimas oferecerem mais riscos que a primeira, há um consenso em torno de que todas as pílulas oferecem mais benefícios que riscos<sup>157</sup>. Sendo assim, sua disponibilidade no mercado, bem como a possibilidade de prescrição, por parte dos médicos, é considerada positiva.

## **2.8 Considerações finais**

Por fim, retomo as questões abordadas na introdução, a fim de destacar as principais conclusões deste capítulo. Partindo de um quadro no qual a segurança é avaliada em termos de sopesamento entre riscos e benefícios, entendo que as materializações de risco ou benefício dependem de práticas específicas que esta tese tem como objetivo descrever. Com foco nas atuações do âmbito da “ciência dos manuais” e da “apresentação popular” associadas à ginecologia hegemônica, argumento que essas práticas enfatizam os benefícios dos contraceptivos orais combinados e minimizam seus riscos, materializando as pílulas como artefatos seguros.

No tocante ao aparato de biomedicalização, destaco alguns pontos que aparecem na “seleção e composição ordenada” dos trabalhos dos periódicos realizada pela “ciência dos manuais”, dirigida aos ginecologistas. Primeiro, há o enfraquecimento da associação das pílulas de terceira e, principalmente, quarta geração a maior risco de TEV quando em comparação às de segunda. Tal enfraquecimento se dá a partir de modalidades negativas que enfatizam os resultados controversos de diferentes publicações e da indiferenciação entre diferentes tipos de estudos, bem como da seleção de artigos específicos ou de dados presentes neles, da organização dos argumentos de forma a modificar a ordem temporal das publicações e da invisibilização de publicações mais recentes.

---

<sup>157</sup> Como vimos, a avaliação de que essas pílulas apresentam mais benefícios que riscos é compartilhada com agências regulatórias como Anvisa, FDA e EMA, ainda que reconheçam a diferença de risco em relação ao TEV de diferentes pílulas.

Em segundo lugar, há o enfraquecimento da associação de todas as pílulas à gravidade do risco de TEV a partir de um enquadramento evolutivo que separa todas as pílulas presentes hoje no mercado daquelas de primeira geração. Enquanto aquelas são reconhecidas como perigosas, as atuais seriam "muito seguras", com "risco aceitável epidemiologicamente". Nessa mesma direção, está o fortalecimento das associações entre as pílulas de terceira e quarta gerações a "benefícios extracontraceptivos". O uso de modalidades positivas, como as que concluem que desses benefícios decorrem um aumento da "adesão" das usuárias ao medicamento, faz delas aliadas na validação do enunciado. No caso da teleaula do Machado (2018), tais usuárias aparecem também como as demandantes de tais benefícios, o que torna a associação entre essas pílulas, seus supostos benefícios e as mulheres ainda mais fortalecida.

É nesse sentido que Latour argumenta que tanto as modalidades positivas quanto as negativas são utilizadas a fim de defender a tese das apresentações. Ele escreve:

As modalidades positivas são tão necessárias quanto as negativas. Cada autor fixa o que não deve e o que deve ser discutido (...). Sempre que não se deve discutir uma caixa-preta, não há meias afirmações. Quando o autor está em terreno perigoso, proliferam as afirmações atenuadas. (...) tudo depende das circunstâncias. É impossível dizer que a literatura técnica sempre deriva para o lado da cautela; ela também deriva para o lado da audácia; ou melhor, não deriva; ziguezagueia por entre obstáculos e avalia os riscos da melhor maneira possível (Latour, 2000, p. 93).

No caso analisado, a cautela aparece em relação à associação de pílulas de terceira e quarta geração ao risco aumentado de TEV (em comparação às de segunda geração) ou mesmo em relação à gravidade do aumento de risco de TEV associado às pílulas. Por outro lado, vemos audácia na associação dessas mesmas pílulas aos seus "benefícios extracontraceptivos".

Outrossim, esse fortalecimento da associação entre algumas pílulas e os "benefícios extracontraceptivos" é apresentado conjuntamente à relação entre pílulas e risco de TEV quando se conta a história da "evolução" do medicamento. Tal enquadramento apaga que as últimas melhorias em relação ao risco de TEV se deram nos anos 1970 e 1980, com as diminuições nas doses de estrogênio e com a utilização do levonorgestrel (segunda geração). Se há mudanças nas pílulas de terceira e quarta geração quanto ao risco de TEV, tudo indica que foram no sentido contrário, mas essa informação é suplantada pela indicação de seus "novos benefícios". Além disso, a presença da "evolução" aqui também atualiza um "estilo de pensamento modernizante" que aparece na ginecologia desde os anos 1930, conforme descrito por Bonan, Teixeira e Nakano (2017) e caracterizado, dentre outros pontos, por uma "crença na evolução linear e segura da ciência" (Bonan, Teixeira e Nakano, 2017, p. 114).

Ademais, levando em consideração que a segurança é enquadrada como cálculo entre riscos e benefícios, tais benefícios extracontraceptivos, quando enfatizados, contribuem para a materialização da segurança da pílula. Por outro lado, a diferenciação entre risco e efeitos colaterais faz com que apenas o primeiro entre na conta da segurança. Efeitos colaterais como dores, náuseas e diminuição da libido dificilmente são citados nas discussões sobre pílulas e risco de TEV, embora apareçam em outros contextos quando não é a segurança que está em pauta. Tratarei mais especificamente dos “benefícios extracontraceptivos” e dos “efeitos colaterais” no capítulo 5, mas chamo atenção desde já para a forma como se relacionam (ou não) com o enquadramento de segurança.

Destaco ainda algumas diferenças que se dão na tradução da “ciência dos manuais” para a “apresentação popular” dirigida às potenciais usuárias das pílulas. Como já explicava Fleck (2010), abre-se mão de detalhes e aposta-se nas simplificações, com seleções ainda mais excludentes em relação aos trabalhos sobre pílulas e risco de TEV. Além disso, investe-se na “execução esteticamente agradável, viva e ilustrativa”, com menor presença de referências a publicações. Por fim, sobre a avaliação apodítica, uma reflexão mais apurada é necessária. Nem sempre o caminho que vai dos círculos esotéricos para os exotéricos é um caminho que vai de mais a menos controvérsias, de forma linear. A avaliação apodítica não é caracterizada pela ausência de controvérsias, mas pela forma fechada e definitiva com a qual seus enunciados são apresentados, o que torna mais difícil a contraposição. Como vimos no sítio “Vamos Decidir Juntos”, o enunciado afirmado com contundência e que se apresenta como inquestionável é justamente aquele que diz que um tema é controverso e que são necessários mais estudos. A ausência de referências bibliográficas dificulta que se duvide dessa afirmação. Como já argumentou Latour (2000), a presença de referências bibliográficas tanto fortalece quanto enfraquece um texto, já que se, por um lado, aliados são recrutados, por outro, dá-se a possibilidade ao leitor e leitora de confirmarem se o aliado é mesmo um aliado. Além disso, a redução na variação dos números que descrevem o risco relativo de TEV nas pílulas - que proliferam na “ciência dos manuais” por conta da variedade das “agências de medição” dos diferentes estudos citados - também indica maior fechamento em torno de alguns números em detrimento de outros, o que se faz sem uma preocupação com explicitar as condições de produção daqueles números.

Ainda em relação à biomedicalização, chama a atenção a participação da indústria farmacêutica via financiamento tanto das pesquisas quanto das “traduções” que acontecem por meio da “ciência dos manuais” e da “apresentação popular”. Percebe-se, ainda, como o regime

de risco e otimização, com suas lógicas antecipatórias, se misturam quando se trata dos enquadramentos de segurança das pílulas anticoncepcionais. Se Clarke et al (2010) argumentam que tais regimes se ligam a formas de subjetivação que incluem a responsabilização pela saúde e pela elaboração do futuro - e portanto a obrigação de consumir informações sobre riscos e possibilidades de aprimoramento para então calcular os melhores investimentos - vemos aqui parte do processo de produção e tradução de um conhecimento que pode chegar nessa “consumidora informada”.

A configuração das usuárias performada nesse âmbito é de especial relevância. A associação da mulheridade à exigência de melhorias na pele, diminuição de pelos e do peso, regulação da menstruação, dentre outros, é evidente. Tal exigência aparece nesses espaços como se sobrepondo a qualquer preocupação com o risco de TEV. Quando se reconhece que muitas mulheres hoje “acabam abandonando ou questionando realmente a segurança dos anticoncepcionais, principalmente em relação aos eventos tromboembólicos” (Machado, 2018), atribui-se a mal entendidos causados pelas “mídias sociais” ou mesmo pela imprensa tradicional. Cabe à configuração em torno da Febrasgo e indústria então “desmistificar e esclarecer a população sobre o **risco real** associado ao uso da pílula anticoncepcional e os raros casos de complicações cardiovasculares, como a trombose venosa” (Febrasgo, 2017a, grifos meus)<sup>158</sup>. Por outro lado, entende-se que, quando “as mulheres” sabem o “risco real” de trombose, elas não têm receios, elas confiam e passam a exigir os tais “benefícios extracontraceptivos”. Assim, apresenta-se como solução para o medo da TEV, a explicação do “risco real” (foco do capítulo 3), e como solução para a exigência de benefícios, as pílulas de terceira e, principalmente, quarta geração (foco do capítulo 5).

Como aprendemos com Mol (2007), as práticas de conhecimento são sempre práticas de intervenção, porque nelas que se molda, semiótico-materialmente, a realidade. Se os interesses das potenciais usuárias são traduzidos como sendo a exigência de “benefícios extracontraceptivos” sobre a pele, para ficar em um exemplo, a própria modelação material da pílula vai privilegiar a potência estrogênica (e o potencial aumento de risco de TEV), já que essa é a conexão - potência estrogênica, risco de TEV e melhoria da pele - que vem sendo produzida pela ginecologia-indústria farmacêutica. Ao mesmo tempo, quando essa usuária não reconhece tais efeitos, aos ginecologistas é dada a missão de fazê-las materializar a vinculação entre determinadas pílulas (com maior potência estrogênica) e a melhoria da pele. Por outro

---

<sup>158</sup> Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/35-febrasgo-lanca-campanha-vamosdecidirjuntos-para-escolha-mais-adequada-e-segura-do-contraceptivo>. Data de publicação: 23/05/2017. Acesso em 05/05/2019.

lado, outros efeitos colaterais desaparecem como “risco” e apenas o risco de TEV é enquadrado como tal. Ao contrário dos “benefícios”, portanto, os ginecologistas não são encorajados a incentivar as mulheres a associarem esses efeitos negativos às pílulas. Mesmo o sítio da Anvisa, quando se dirige aos médicos, refere-se à necessidade de informar às pacientes sobre “o risco de ocorrência de reações adversas graves (particularmente em relação aos eventos vasculares)”, mas não menciona outros efeitos potenciais<sup>159</sup>.

Além disso, a própria história do desenvolvimento das pílulas combinadas e, principalmente, dos diferentes progestagênios, indica como práticas de conhecimento condicionam e possibilitam as materializações semióticas das pílulas. Vimos como já desde os primórdios do desenvolvimento da pílula anticoncepcional, na década de 1950, houve preferência por progestagênios sem resíduos ou atividade androgênica. Tais características eram até mesmo promovidas por garantirem uma “molécula **totalmente feminina** para o controle cíclico da ovulação” (Watkins, 1998, s. p., grifos meus). Por um lado, o desenvolvimento de novos progestagênios sem resíduo androgênico e com maior potência estrogênica, nos anos 1980, foi justificado pelo receio em torno do risco aumentado de trombose arterial - risco hoje estavelmente associado apenas ao componente estrogênico das pílulas, sem relação ao progestagênio. Por outro lado, no entanto, é difícil imaginar que a associação entre estrogênio, seus efeitos (na pele, cabelo e na diminuição dos pelos) e mulheridade não tenham contribuído para a busca por eliminar qualquer característica androgênica das pílulas.

Watkins (2012) segue essa direção quando argumenta que a procura por novos tipos de progestagênios - não androgênicos - se deu por conta de uma necessidade de diferenciação em um mercado com muitos contraceptivos orais disponíveis e com a mesma eficácia anticonceptiva. Desde o seu lançamento, essas novas pílulas - primeiro as de terceira geração e depois as de quarta geração - foram promovidas em associação à redução da acne e dos pelos (Watkins, 2012). Não coincidentemente, acne e pelos são características associadas aos androgênios e também à hombridade. Nesse sentido, “os efeitos que devíamos procurar”<sup>160</sup> - não só contraceção, mas aprimoramentos marcados pelo aparato de gênero - estão incorporados no próprio desenvolvimento das pílulas e na sua promoção.

É necessário levar em conta ainda que todas as pílulas combinadas diminuem a circulação dos androgênios, mesmo quando se trata das pílulas com progestagênios com propriedades androgênicas (segunda geração). Ou seja, tais progestagênios, quando em

---

<sup>159</sup> Diferente do que descrevi nas situações ligadas à Febrasgo, no entanto, a Anvisa não promove também os “benefícios extracontraceptivos” das pílulas de terceira e quarta geração.

<sup>160</sup> A referência aqui é a Mol (2007), em texto citado na introdução.

associação aos estrogênios, não são suficientes para aumentar a circulação androgênica nos corpos e, pelo contrário, qualquer pílula combinada, independentemente da geração, diminui a quantidade de androgênios em circulação. É por isso que, como vimos na teleaula de Machado (2018), a quantidade de SHBG é aumentada com qualquer pílula combinada (e, assim, a potência estrogênica e possivelmente o risco tromboembólico associado). Ainda assim, parece haver resistência, desde os anos 1950, em aceitar a possibilidade de se inserir compostos com atividades androgênicas nos corpos associados à mulheridade, mesmo que o efeito em associação ao estrogênio seja reduzir androgênios. Nesse sentido, parece não se tratar apenas de reduzir os androgênios circulantes em determinado corpo (marcado como mulher), mas de reduzir o máximo possível, pois quanto menos, melhor. Por outro lado, parece haver alguma insistência em relação aos compostos estrogênicos, mesmo com seus riscos associados bem estabelecidos e mesmo que seu efeito não seja contraceptivo. Tais práticas semiótico-materiais, performadas continuamente ao longo dos anos, consolidam um enquadramento no qual “androgênico” é ruim e “antiandrogênico” é bom para esses corpos.

Como consequência, os androgênios têm sido reduzidos e a potência estrogênica aumentada em alguns corpos associados à mulheridade (as usuárias de pílula anticoncepcional combinada) pelo menos desde os anos 1950, reforçando a associação entre mulheridade, estrogênio e seus efeitos. Se já vinha sendo produzida desde o início do século XX, com a consolidação da explicação hormonal para a diferença sexual, as pílulas combinadas a ratificam e radicalizam, produzindo também a diferença hormonal associada ao gênero. Ainda que não sejam apenas as mulheres cis que façam uso de anticoncepcionais combinados, nelas eles não são comumente reconhecidos como produtores da mulheridade da mesma forma que o são nos corpos das mulheres trans, por exemplo. Se para os corpos designados femininos no nascimento se atribui a “naturalidade” da composição estrogênica, as práticas que reatualizam tal associação são facilmente aceitas. As marcas de gênero atribuídas às moléculas aparecem de forma quase absoluta e naturalizada.

Para explicar tal insistência no aumento estrogênico e diminuição androgênica nesses corpos marcados como mulheres, Fleck (2010) pode ajudar. Como vimos na introdução deste trabalho, o autor, tratando da “ciência dos manuais”, descreve esse plano como sendo formado “na discussão entre os especialistas, mediante entendimento e desentendimento recíproco, mediante concessões mútuas e pressões recíprocas”. Argumenta ainda que, “Quando há dois pensamentos em conflito”, “quase sempre é um terceiro pensamento que vence: um pensamento tecido do conjunto de pensamentos exotéricos, alheios ao coletivo e conflituosos” (Fleck, 2010,



p. 173-174). Entendo que aqui é o caso, já que parece haver bastante resistência, nesse plano, a aceitar que em algum sentido as pílulas de segunda geração possam ser melhores que as de terceira e quarta, embora estudos associem progestagênios antiandrogênicos a maior risco de TEV. Esse “terceiro pensamento”, argumento, está ligado ao próprio aparato de gênero, que naturaliza a diferença sexual orientada à reprodução a partir da hegemonia heterocissexual, e à indústria farmacêutica. Não se pode subestimar seu empenho em promover essas pílulas antiandrogênicas, já que se trata de uma forma de promover artefatos caros e lucrativos em meio a uma grande variedade muito mais barata (cf. Quadro 2) e em alguns casos distribuídas gratuitamente no SUS.

Por fim, destaco algumas especificidades das controvérsias atuais, que destoam de outras que ocorreram anteriormente em torno do risco de TEV associado às pílulas. Primeiro, sublinho os novos progestagênios, principalmente os de quarta geração lançados depois dos anos 2000 e promovidos em torno de efeitos, como a diminuição do peso, diferentes dos anteriores. Além disso, em comparação com as controvérsias do final dos anos 1960, o regime de risco e otimização se intensificou, com pesquisas epidemiológicas mais variadas e sofisticadas e cada vez mais “benefícios” inseridos no cálculo da segurança. E por último, destaco a estabilização em torno da não associação entre os progestagênios androgênicos e o risco de trombose arterial (não me refiro à TEV), o que poderia levar ao descarte de um dos argumentos em prol da segurança das pílulas de terceira e quarta geração (antiandrogênicas). Isso não acontece, no entanto, porque seus outros “benefícios extracontraceptivos” são mobilizados para justificar sua existência e materializar sua segurança.

## **CAPÍTULO 3 - Aparatos de produção do “risco real” de trombose venosa: diagnósticos e soluções para as controvérsias**

### **3.1 Aparatos de produção do “risco real” de TEV nas pílulas anticoncepcionais**

Este trabalho tem como ponto de partida um enquadramento da “segurança” de um dispositivo médico como construída a partir da avaliação e sopesamento entre riscos e benefícios. Tal enquadramento é compartilhado por médicos, agências sanitárias e até mesmo pelos movimentos críticos à prescrição excessiva das pílulas anticoncepcionais. Levando isso em conta, defendo a tese de que as práticas semiótico-materiais da configuração em torno da Febrasgo - ao responderem às preocupações sobre o risco aumentado de tromboembolismo venoso (TEV) que circulam publicamente - têm enfatizado os supostos benefícios dos contraceptivos orais combinados e minimizado seus riscos, materializando, assim, a segurança desses artefatos. Levando-se em conta, no entanto, que “benefícios” e “riscos” são efeitos de intra-ações específicas, descrevo parte delas a fim de compreender como essa segurança é performada.

Nesse sentido, este capítulo em particular tem como foco algumas práticas de produção da segurança das pílulas combinadas quando se trata de responder à preocupação em torno do risco aumentado de TEV: a caracterização da imprensa e das “redes sociais” como produtoras de informações imprecisas e exageradas na descrição desse risco e a explicação do “risco real”<sup>161</sup> como solução para esse “mal-entendido”. A atuação desse “risco real” - considerado “baixo” - é produzida a partir de diferentes práticas: sua apresentação em números absolutos, a comparação com os riscos da gravidez, pós parto e outras condutas, a comparação com o risco de outros medicamentos, a menção a diferentes suscetibilidades à doença e a indicação da orientação médica (anamnese e orientação antecipatória) como forma de contenção do risco e da preocupação das potenciais usuárias. Busco demonstrar quais relações são incluídas e excluídas na delimitação do que é um risco significativo ou não.

A fim de evidenciar certa heterogeneidade das atuações e performances desse risco, trabalharei aqui com o que chamarei de diferentes “círculos”, ainda inspirada por Fleck (2010). São cortes agenciais realizados para chamar atenção para algumas nuances, a fim de não homogeneizar excessivamente a Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo ou a categoria que tenho chamado de “ginecologia hegemônica”. Primeiro, continuo

---

<sup>161</sup> Refiro-me aqui novamente aos objetivos da campanha “Vamos Decidir Juntos - Contracepção Consciente”, descritos como “desmistificar e esclarecer a população sobre o **risco real** associado ao uso da pílula anticoncepcional e os raros casos de complicações cardiovasculares, como a trombose venosa” (Febrasgo, 2017a, grifos meus).

descrevendo o círculo mais próximo à Febrasgo e à campanha “Vamos Decidir Juntos”, que é também o mais ligado à Sogesp. Refiro-me, portanto, às apresentações do *lunch meeting* da Libbs no 57º CBGO já descritos parcialmente no capítulo 2, à plataforma “Vamos Decidir Juntos”, ao documento com recomendações da Febrasgo e aos cursos pré-congresso sobre anticoncepção dos Congressos da Sogesp de 2018, 2019 e 2020. Relembro aqui que tanto a campanha “Vamos Decidir Juntos” quanto o documento com recomendações da Febrasgo têm apoio da Libbs. Trata-se de um círculo cujos participantes principais apresentados aqui são Marcelo, Frederico e Leandro (ver Quadro 5). Eles não atuam no SUS, participam ativamente de diferentes associações médicas e estão vinculados a faculdades ou centros universitários privados. Além disso, parecem falar prioritariamente para ginecologistas que trabalham em consultórios privados, o que os torna mais dedicados às pílulas anticoncepcionais de terceira e quarta geração, não disponíveis gratuitamente no SUS.

Um segundo círculo com o qual trabalharei aqui é o que segui a partir da minha participação na mesa redonda sobre Anticoncepção no XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em agosto de 2018 em Porto Alegre. A partir dali, entrevistei três participantes desse congresso. A primeira delas foi Jéssica, professora de uma universidade pública federal do Estado do Rio Grande do Sul e integrante da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo (ver Quadro 5). Além de estar geograficamente mais distante do núcleo da Sogesp, atua em uma universidade pública e coordena um ambulatório de planejamento familiar. Dessa forma, busquei identificar se isso fazia de seus enquadramentos diagnósticos diferentes daqueles de seus colegas da Comissão. Além disso, aproveitei para entrevistar outros dois ginecologistas, que chamarei aqui de Guilherme e Paula. Embora presentes na mesa redonda sobre anticoncepção do congresso gaúcho, não têm como especialidade esse tema, não fazem parte ativamente do circuito da Febrasgo e atuam no sistema público e privado. Busco assim verificar se as práticas discursivo-materiais mais oficiais são também materializadas em seus enquadramentos.

Abordo ainda um terceiro círculo, mais próximo às práticas de recusa às pílulas anticoncepcionais que os descritos anteriormente. Trata-se de uma apresentação da ginecologista Halana Faria, integrante do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, e da atuação de Carla Simone de Castro, articuladora do coletivo “Vítimas de Anticoncepcionais. Unidas a Favor da Vida”, na audiência pública realizada na Câmara em junho de 2015. Tal audiência foi solicitada pelo coletivo para discutir os efeitos adversos dos anticoncepcionais hormonais, sua

prescrição indiscriminada, a falta de fiscalização, de informação sobre riscos e sobre outros métodos, além da necessidade de exames prévios de predisposição à trombose.

Além disso, já adianto que no capítulo 4 abordarei outro aspecto da produção da segurança das pílulas e dos enquadramentos de risco que aparecem nem sempre de maneira explícita quando se trata da performance da “realidade” desse risco: a comparação com os riscos de uma gravidez não planejada. Trabalharei então com um outro “círculo” ou recorte, que prioriza as apresentações que parecem ter como foco o serviço público de saúde e abordam a questão da gravidez não planejada e seus riscos. Nesse sentido, enfatizarei as apresentações de ginecologistas da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo que coordenam ambulatorios de planejamento familiar em universidades públicas e que mais trataram desse tema nos congressos que acompanhei: Jéssica, Larissa e Laura. Indico desde já seus nomes porque reúno a seguir, no Quadro 5, algumas das características dos principais ginecologistas atuantes nas discussões sobre contracepção no âmbito das maiores associações de ginecologia (Febrasgo e Sogesp), a fim de possibilitar uma comparação mais sistematizada de suas atuações.

Quadro 5 - Ginecologistas mais atuantes nas discussões sobre anticoncepção no âmbito da Febrasgo e da Sogesp

	<b>Vínculo Acadêmico e/ou Serviço Público</b>	<b>Temas de Pesquisa e Publicações Recentes (últimos cinco anos)</b>	<b>Empresas com que já trabalhou</b>	<b>Comissões e Associações de Ginecologia</b>
<b>Marcelo</b>	Faculdade privada de medicina no interior do Estado de São Paulo	Anticoncepção hormonal; terapia de reposição hormonal; osteoporose; comunicação de riscos na hormonioterapia; mioma no útero; padrão de sangramento no uso de contraceptivos combinados; SIU Liberador de Levonorgestrel; Contracepção reversível de longa duração; percepção das mulheres e ginecologistas sobre aconselhamento contraceptivo	Bayer, Grünenthal, MSD, Libbs, Besins, Novo Nordisk, Teva, Pfizer	Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo; Diretoria da Sogesp

<b>Frederico</b>	Faculdade privada de medicina na Grande São Paulo	Endocrinologia ginecológica, climatério, sexualidade, contracepção, menopausa, osteoporose e reprodução humana; efeito da testosterona em ratas castradas; impacto COVID em residentes de ginecologia e obstetrícia; câncer cervical; mamografia	Aché, Amgen, Libbs, Grünenthal, Sanofi, Zodiac	Direção Associação Médica Brasileira (2021-2023); Direção da Febrasgo (2016-2019 e 2020-2023); Direção da Sogesp (2010-2011 e 2012-2013); Direção da Associação Brasileira de Climatério (Sobrac) (1997-2000 e 2000-2003).
<b>Leandro</b>	Faculdade privada de medicina na Grande São Paulo	Efeito de testosterona em ratas castradas; menopausa e climatério; reposição hormonal; anticoncepção; osteoporose	Abbott, Aché, Amgen, Bayer, Besins, FQM, Grünenthal, MSD, Pfizer, Zodiac	Direção da Sogesp, Direção da Associação Brasileira de Climatério (Sobrac) e Comissão Nacional Especializada em Climatério da Febrasgo
<b>Larissa</b>	Universidade pública estadual do Estado de São Paulo e Responsável pelo Ambulatório de Planejamento Familiar	SIU Liberador de Levonorgestrel; DIU de Cobre; Contracepção Reversível de Longa Duração; Sangramento uterino anormal; sangramento menstrual abundante; percepção das mulheres e ginecologistas sobre aconselhamento contraceptivo	Andalan, Bayer	Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo
<b>Laura</b>	Universidade pública federal localizada no Estado de São Paulo e Responsável pelo Setor de Planejamento Familiar e de Pré-Natal da Gestante Adolescente	anticoncepção; gestação na adolescência; planejamento familiar; violência sexual contra adolescentes; padrão de sangramento no uso de contraceptivos combinados; percepção das mulheres e ginecologistas sobre aconselhamento contraceptivo	Bayer, Grünenthal, Bayer, Ache, MSD	Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo
<b>Jéssica</b>	Universidade pública federal no Estado do Rio Grande do Sul e Responsável por um Ambulatório de Planejamento Familiar	anticoncepcionais orais; anticoncepção de emergência; O impacto do anticoncepcional oral combinado na composição corporal; DIU de cobre; disfunção sexual no puerpério; comparação DIU de cobre e anticoncepcionais orais em adolescentes; Contracepção reversível de longa duração; implante de etonogestrel	Bayer, Level, MSD	Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo

Fonte: Elaboração Própria

Por fim, da mesma forma que o fiz nos dois capítulos anteriores, busco também descrever os efeitos desses enquadramentos de risco de TEV em associação à pílula no aparato de biomedicalização e no aparato de gênero. Quanto ao primeiro, busco compreender as atualizações e reformulações que tais atuações da ginecologia e do risco engendram e, quanto ao segundo, procuro seguir as implicações das associações descritas nas fronteiras do sexo, gênero e da sexualidade. Quanto às comparações com as controvérsias descritas no capítulo 1, deixarei para fazê-lo no próximo capítulo, tendo em vista que está em continuidade com este.

### **3.2 “Círculo” Febrasgo-Sogesp-Libbs**

Por conta da pandemia de COVID-19 decretada em 2020, o que seria o XXV Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia acabou se tornando o Primeiro Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia Online, com as aulas disponibilizadas na plataforma no dia 22 de agosto de 2020. Ao comprar as “aulas” do congresso, tive acesso também ao XXIV Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, realizado presencialmente no Transamérica Expo Center na cidade de São Paulo entre os dias 22 e 24 de agosto de 2019. Dessa forma, acabei participando de três congressos da Sogesp durante a pesquisa, já que havia participado presencialmente do XXIII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, realizado na cidade de São Paulo, também no Transamérica Expo Center, entre os dias 23 e 25 de agosto de 2018. Os congressos de 2018 e 2019 contaram ambos com uma média de 7000 participantes presenciais, mais que o dobro do 57º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia promovido pela Febrasgo em 2017. O número de participantes online não foi disponibilizado.

Nesta seção, trabalharei, sobretudo, com os chamados “Cursos Pré-Congresso” em Anticoncepção, realizados nas três edições e coordenados por Marcelo e Larissa, ambos membros da direção da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo desde pelo menos 2016. Além disso, Marcelo também participou da escolha de palestrantes na área de ginecologia nas três edições do Congresso Paulista que tive acesso. Cada uma das edições do curso, que durava quatro horas ao todo, contou com oito apresentações de 20 minutos cada. Selecionei no Quadro 6 abaixo as apresentações que abordaram as práticas de produção da segurança das pílulas combinadas que são foco deste capítulo: a caracterização da imprensa tradicional e das “redes sociais” em suas apresentações do risco das pílulas combinadas, principalmente de TEV, e a busca por se contrapor apresentando o “risco real” como solução para esse “mal-entendido”.

Quadro 6 - “Aulas” dos Cursos em Anticoncepção dos Congressos Paulistas de Obstetrícia e Ginecologia analisadas

Título da “aula”	Autor/a	Ano Congresso Sogesp
Qual a magnitude do risco de câncer de mama com os contraceptivos hormonais?	Marcelo	2018
Tromboembolismo venoso e depressão versus pílulas combinadas: como abordar o assunto?	Leandro	2018
Os riscos da contracepção hormonal são superdimensionados?	Marcelo	2019
“Eu não quero hormônios”. Como orientar as pacientes sobre os mitos dos métodos hormonais?	Marcelo	2020

Fonte: Elaboração própria

Por fim, destaco que, diferente do *lunch meeting* patrocinado pela Libbs realizado no 57º CBGO de 2017, do qual tratei no capítulo 2 e voltarei a comentar também neste tópico, os cursos em Anticoncepção não eram diretamente patrocinados por nenhuma empresa, embora os palestrantes pudessem já ter trabalhado ou ainda trabalhar prestando serviço a elas (o que deve ser revelado no início da apresentação, quando mostram seus “conflitos de interesse”). Não descreverei cada uma dessas apresentações, mas seleciono os trechos mais recorrentes - não apenas nessas, mas em outras apresentações que acompanhei ao longo do trabalho de campo - que dizem respeito ao tópico de interesse nesta seção. Assim, dividirei esta seção em duas partes: uma dedicada aos “diagnósticos” da situação, na qual busco descrever os enquadramentos produzidos pela ginecologia hegemônica sobre como os riscos das pílulas anticoncepcionais vêm circulando publicamente. Em seguida, apresento também as diferentes “soluções” apresentadas a fim de resolver isso que, na maioria das vezes, encaram como um problema.

#### *Diagnósticos*

As apresentações de Marcelo “Os riscos da contracepção hormonal são superdimensionados?”, em 2019, e ““Eu não quero hormônios’ - Como orientar as pacientes sobre os mitos dos métodos hormonais?”, em 2020, são bastante similares e vou descrevê-las em conjunto. Nas duas apresentações, como de praxe, o professor mostrou um slide no qual

foram apresentadas suas credenciais acadêmicas, sua relação com a Sogesp<sup>162</sup>, bem como sua declaração de conflitos de interesses<sup>163</sup>. Comento aqui a primeira parte de suas apresentações, na qual realiza um “diagnóstico” da relação entre mulheres, pílulas anticoncepcionais, riscos, benefícios, mídia tradicional e mídias sociais.

Na apresentação de 2019, intitulada “Os riscos da contracepção hormonal são superdimensionados?” e realizada presencialmente (embora eu tenha assistido online), inicia comentando que o auditório está lotado. Já de início, responde à pergunta-título, afirmando que acha que os riscos “são muito superdimensionados, mais do que superdimensionados” e atribui tal “superdimensionamento” ao excesso de fontes de informações: “Quando a gente olha pra o que tem hoje, o mundo está difícil de você conseguir uma informação, pela variedade de fontes que hoje existem em relação a qualquer tipo de assunto médico, né? Anticoncepção costuma dar bastante controvérsia em relação à mídia (...)” (Marcelo, 2019). Mostra então um slide intitulado “A imprensa subnotifica estudos sobre os benefícios da contracepção oral” (Marcelo, 2019, tradução minha). Explica que se trata de uma publicação realizada em 1999 (Lebow, 1999) na qual o autor argumenta que a imprensa enfatiza os efeitos negativos das pílulas anticoncepcionais e não publica os efeitos positivos. Marcelo diz:

De 1986 até 1997, nove estudos de pílula foram publicados nos dois principais jornais norte-americanos, o *New England [Journal of Medicine]* e o *Jornal da Associação Médica Americana [JAMA]*. Esses nove estudos falavam bem do anticoncepcional, benefícios extraconcepcionais, né? Só um foi divulgado pela mídia. Então eles excluíram oito dos nove que falavam bem dos anticoncepcionais. E o que eles focavam? Na mesma época, novos dados de segurança da pílula, falando sobre câncer de mama, mais ainda confusão sobre riscos e benefícios (Marcelo, 2019).

Depois de se referir ao que entende como sendo um viés da imprensa tradicional, complementa dizendo que “esse é o cenário que é antigo, mas que hoje a gente também tem. Só que com um tempero novo, né? (...) O tempero novo são as mídias sociais e o poder da informação, que é muito mais rápido que no passado” (Marcelo, 2019).

---

<sup>162</sup> “Professor Associado Livre Docente do Departamento de Tocoginecologia” de uma faculdade privada de medicina do interior do Estado de São Paulo e um cargo na direção da Sogesp.

<sup>163</sup> Segundo o slide: “Palestrante eventual: Bayer, Grünenthal, MSD, Libbs e Membro do *Advisory Board*: Bayer, Besins, Grünenthal Novo Nordisk”. Contudo, na apresentação do ano de 2020, ele diz, enquanto mostra o slide: “Os meus conflitos estão aqui listados, mas ressalto que eles não são para esta apresentação”. É comum médicos dizerem que não têm conflitos de interesse “para esta apresentação” antes de iniciarem uma “aula”, mas pra mim não ficou clara a diferença. Não é um ponto que consigo aprofundar neste trabalho, mas pode ser um caminho interessante de pesquisa compreender o que constitui, nas práticas da ginecologia, um “conflito de interesse” nas apresentações.



Busca então demonstrar, com ajuda do slide produzido na Figura 10 e intitulado “Mulheres têm medo de hormônio?”, a dificuldade em saber se “as mulheres” têm ou não medo “de hormônio”. Ao mesmo tempo em que apresenta o slide, diz:

Figura 10 - Slide “Mulheres têm medo de hormônio?” (Marcelo, Sogesp 2019)



Fonte: Captura de tela da apresentação de Marcelo (2019).

Então, por um lado nós temos aqui uma dúvida muito grande e eventualmente uma jovem questionando o uso de um anticoncepcional: “será que eu posso, que eu não posso?” [refere-se à imagem do lado esquerdo da Figura 10]. Do outro lado aqui, eu tenho uma outra que vai usar algo que também é hormônio [refere-se à imagem do lado direito da Figura 10]. Será que ela tem ou não tem [medo]? Então onde está o medo de hormônio aqui? (...) Ela aceita, por exemplo, utilização de hormônios que às vezes nós nem sabemos exatamente qual é a sua formulação exata. E aí quem está no meio aqui é o médico. Sempre é você que vai ter que dar a sua opinião. Na maioria das vezes, é importante que exista uma opinião, uma interação. E confesso que muitas vezes essa opinião é infrutífera, porque quem está por um lado ou por outro, dificilmente você vai conseguir mudar a opinião. Então nós temos que mudar talvez a nossa postura de comunicação de risco, né? (Marcelo, 2019).

Ou seja, Marcelo classifica as mulheres em dois grupos: as que têm dúvidas sobre a segurança dos hormônios e as que fazem uso dos “implantes hormonais” que comentei na introdução, que têm sido chamados também de “chip da beleza” e analisados por diferentes autoras (Sanabria, 2010, 2016; Manica e Nucci, 2017; Rohden, 2018)<sup>164</sup>. Indica, por fim, que se, na maioria das

<sup>164</sup> O ginecologista destaca que tais implantes manipulados com hormônios diversos não são considerados seguros porque não se sabe sua composição. Essa é a posição geral da Febrasgo e da Sogesp sobre os chamados “chips da beleza”. No sítio da Febrasgo, por exemplo, foi publicada uma notícia intitulada “Uso de 'chip' hormonal para ficar em forma preocupa médicos” em 09/11/2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/244-uso-de-chip-hormonal-para-ficar-em-forma-preocupa-medicos>. Acesso em 12/03/2020. Já nos podcasts da Sogesp, há um episódio também sobre o tema, no qual se enfatiza os efeitos adversos do implante conhecido como

vezes, a “opinião” dos médicos é importante, muitas vezes expressá-la é “infrutífero”, porque aquelas mais vinculadas a um lado ou outro não irão mudar de opinião. Nesse sentido, sugere aos médicos modificarem a “postura de comunicação de risco”.

Atribui então a existência do medo dos hormônios a quatro fatores, que desenvolve posteriormente: à mídia tradicional, às mídias sociais, à forma como a relação entre profissionais de saúde e a indústria farmacêutica é percebida e à falta de conhecimento, interpretação e tradução de riscos para a população. Antes de fazê-lo, destaca ainda que o “medo de hormônio” e o superdimensionamento dos riscos também parte dos próprios médicos, reconhecendo, em suas palavras, que “muitas vezes nós mesmos acabamos tendo uma participação nessa questão”. Chama a atenção ainda para os dois riscos que mais “amedrontam as mulheres de hoje” em relação às pílulas combinadas: a trombose e o câncer de mama.

Machado então passa a comentar a atuação da mídia tradicional. Com a ajuda do slide reproduzido na Figura 11, o ginecologista mostra a capa da *Época* que fez referência já na introdução deste trabalho e uma outra imagem cuja fonte não é explicitada. Fica subentendido, no entanto, que se trata de alguma publicação mais formal, seja impressa ou virtual. Em seguida, reproduzo o slide na Figura 11 e sua fala.

---

“chip da beleza” e a não indicação do dispositivo. Disponível em: <https://www.sogesp.com.br/canal-saude-mulher/podcast-sogesp/>. Acesso em: 25/04/2020. Entretanto, chama a atenção que no congresso da Sogesp de 2018, que participei presencialmente, um dos *lunch meetings* foi promovido e patrocinado pela Elmeco, do médico baiano e conferencista na ocasião Elsimar Coutinho, que produz esses tipos de implantes.

Figura 11 - Slide “Mídia” (Marcelo, Sogesp 2020)

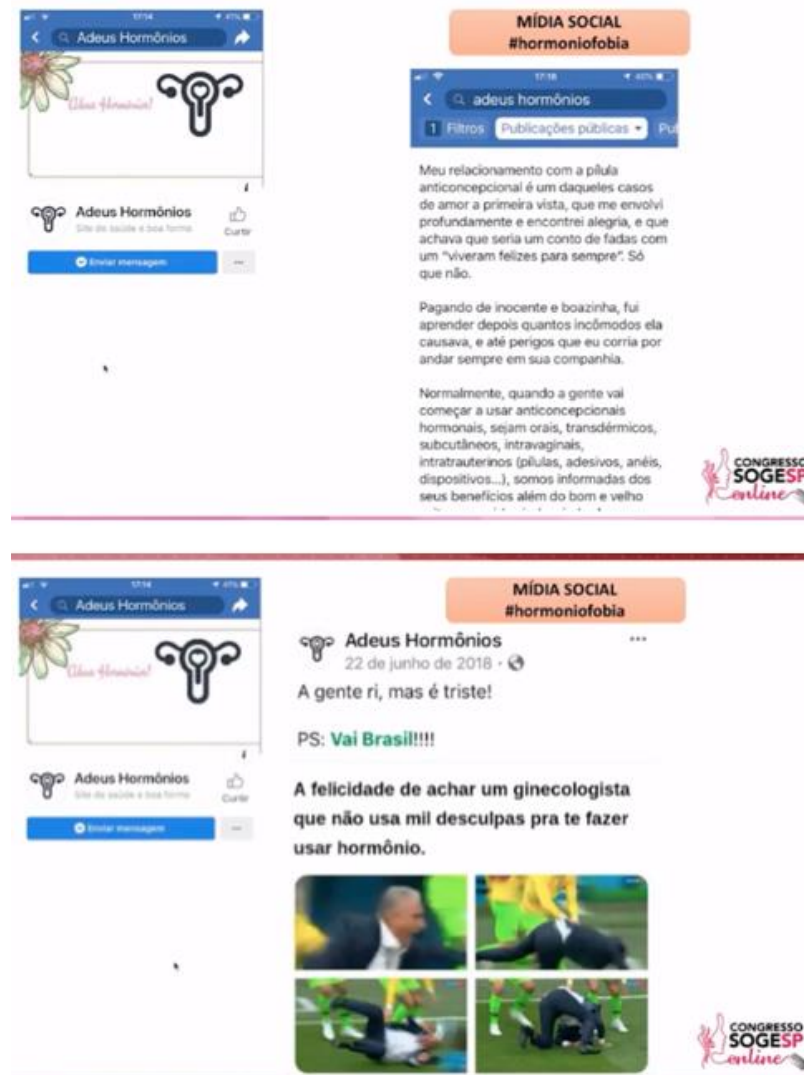


Fonte: Captura de tela Marcelo (2020)

Isso é o que a mídia apresenta. Então, é claro que ninguém vai fazer uma capa de revista falando aqui que a pílula é a melhor coisa do mundo porque evita gravidez não planejada. Quantas vidas foram salvas pelo uso do anticoncepcional? Isso geralmente não dá o mesmo impacto do que esse tipo de capa aqui da Época, que já é antiga também. E “o que não querem que você saiba?” Eu acho um pouco pior quando aparece esse tipo de citação na mídia, porque isso gera uma desconfiança geral. Será que nós estamos escondendo alguma coisa? Esses riscos, eles são maiores do que você que vai no seu ginecologista e ele fala: “pode usar determinado anticoncepcional” (Marcelo, 2019).

Aqui, vemos a mídia sendo apresentada novamente como enviesada por enfatizar os riscos (no caso, de trombose) e não se referir aos benefícios das pílulas, que teriam, segundo Marcelo, salvo muitas vidas. Cita novamente as “mídias sociais” ou “redes sociais”, como se refere principalmente às publicações na plataforma *Facebook* e *Instagram*. Na Figura 12, destaco dois slides apresentados sobre os quais Marcelo comenta publicações sobre risco das pílulas no *Facebook* e na Figura 13, destaco dois slides sobre os quais comenta sobre publicações no *Instagram*. Após as figuras, reproduzo suas falas e as comento.

Figura 12 - Slides “Mídia Social #hormoniofobia” (Marcelo, 2020)



Fonte: Capturas de tela Marcelo (2020)

Figura 13 - Slides “Mídia Social #hormoniofobia” 2 (Marcelo, Sogesp 2019)



Fonte: Captura de tela Marcelo (2019). Acesso online no sítio da Sogesp no dia 20/02/2020.

[Fazendo referência ao primeiro slide da 12] Outro exemplo aqui que já é mais atual, da mídia social, que são perfis, por exemplo, nessa rede social aqui, que é o Facebook, mostrando o perfil chamado “Adeus Hormônios”. Várias citações negativas a respeito dos anticoncepcionais. Que pode ter vários problemas, dificilmente se fala em benefícios (Marcelo, 2019).

[Fazendo referência ao segundo slide da figura 12] E veja que durante essas publicações que nós acabamos vendo, existe algumas que são ... realmente chegam a ser apelativas. Veja aqui como existe até questões de mulheres que acabam falando

que é muito difícil que o ginecologista não arrume desculpas pra te fazer usar hormônios (Marcelo, 2020).

[Fazendo referência ao primeiro slide da figura 13] Aí vem outras informações: então aqui, por que mulheres estão deixando de tomar anticoncepcional? Estão deixando? A cada ano o consumo diminui 5%. Isso é verdadeiro? Não, isso é *fake news*. Então mais uma outra colocação que não é adequada também vindo do grupo que está aqui: Mulherada empoderada aí colocou já que está diminuindo, então que que nós vamos fazer, né? (Marcelo, 2019).

[Fazendo referência ao segundo slide da figura 13] Pior quando vem determinados perfis de mídia social que induzem a própria mulher, a própria usuária a utilizar determinados fármacos ou hormônios que não são aprovados, né, dizendo que os outros, detratando o que já existe... E usa de pano de fundo para tudo isso o risco mais uma vez (Marcelo, 2019).

Essas duas figuras aliadas dos comentários de Marcelo são de extrema importância porque fazem referência aos agrupamentos que vêm sendo descritos por diversos trabalhos (comentados na introdução) nos últimos anos. Aqui, vemos de forma explícita uma resposta de um ginecologista - cuja posição é importante tanto na Febrasgo quanto na Sogesp - quanto ao incômodo que tem circulado e sido mobilizado, principalmente via redes sociais, em relação aos riscos das pílulas anticoncepcionais e à forma que os ginecologistas as prescrevem. Se por um lado, é bastante comum que se façam referências às capas de revistas e à mídia tradicional quando se trata de comentar controvérsias públicas em torno dos anticoncepcionais hormonais, as apresentações de Marcelo se destacam por essa exposição e reconhecimento da importância das “redes sociais” nesse novo arranjo.

Além da referência ao grupo “Adeus Hormônios”, cuja importância já comentei também na introdução, são destacadas duas publicações no Instagram. Uma primeira teria sido publicada por um perfil intitulado “mulherada empoderada”, que se dedica a reproduzir notícias relativas a temáticas de gênero, tem 154 mil perfis seguidores e 4398 publicações<sup>165</sup>. O outro perfil citado é de um médico (o que não é reconhecido na apresentação), descrito por Marcelo como interessado em induzir as mulheres a utilizarem artefatos hormonais não aprovados e, para isso, “detratariam” as fórmulas aprovadas, como as pílulas combinadas<sup>166</sup> (Marcelo, 2019).

A seguir, Marcelo ainda sublinha como a relação dos médicos com a indústria farmacêutica “serve de combustível para alguns, aqueles que não estão bem familiarizados,

---

<sup>165</sup> Dados do dia 30 de agosto de 2021. Disponível em: [https://www.instagram.com/mulherada\\_empoderada/?hl=pt-br](https://www.instagram.com/mulherada_empoderada/?hl=pt-br). Acesso em 20/08/2021.

<sup>166</sup> O médico em questão é Mohamad Barakat, proprietário do “Instituto de Medicina Integrada, Longevidade e Performance Humana”, localizado em São Paulo. Segundo a Veja SP, o médico abandonou a prática da oftalmologia, sua especialidade, para se tornar nutrólogo. Ele virou réu no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) por conta da prescrição de hormônios anabolizantes, considerada prática ilegal pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Disponível em: <<https://vejasp.abril.com.br/blog/terracopaulistano/dr-barakat-vira-reu-em-acao-do-cremesp/>>. Acesso em: 20/06/2021.

então acreditam: ‘Olha, mas ele está aqui falando que a pílula é boa porque ele recebe da indústria farmacêutica.’” Diz que isso é “absolutamente inadmissível” e que “tem livro sobre isso”, indicando no slide a foto do livro “Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompe a assistência médica”, de Peter Gøtzsche<sup>167</sup>. Segundo ele, esse seria “outro ponto” que os médicos ginecologistas deveriam levar em consideração (Marcelo, 2019).

Finalmente, o médico encerra a primeira parte de sua apresentação, na qual expõe seu “diagnóstico” da situação de “hormoniofobia em ginecologia”, com a conclusão de que “nós [médicos] estamos no olho do furacão entre a mídia tradicional, a rede social, a nossa relação médico-paciente, médico com indústria farmacêutica” (Marcelo, 2019).

*O “risco real” é o risco absoluto, que é baixo*

Como, então, Marcelo sugere que os ginecologistas possam melhorar esse “panorama”?

Ele recomenda:

**Mostrar exatamente qual é o risco real, e como quantificar esses riscos para as mulheres, né? Então, preciso ter conhecimento e para interpretar risco. Então, tem risco, né? Qual é esse risco aqui? (...) E como é que eu vou traduzir esse risco para mulheres** (Marcelo, 2019, grifos meus).

Então esse é o ponto que nós vamos discutir aqui para tentar chegar num consenso e **tentar traduzir isso em tranquilidade com evidências suficientes de segurança para uso dos hormônios em anticoncepção**. E pra isso nós precisamos ter o conhecimento e a interpretação de riscos. E mais do que isso, **traduzir esse risco para as mulheres e para as pacientes**. Então quando nós olhamos, por exemplo, pro risco de trombose venosa profunda, que é tão propagado historicamente em todo o mundo, nós vamos olhar para uma citação relevante na literatura médica internacional e **colocar esse risco em perspectiva**. (Marcelo, 2020, grifos meus).

Continua então explicando quais as atuações necessárias para se colocar “esse risco em perspectiva”. Nessa apresentação, ele trata das duas questões que considera que mais preocupam as mulheres: a TEV e o câncer de mama. Continuo descrevendo sua apresentação

---

<sup>167</sup> Peter Gøtzsche é um médico dinamarquês e pesquisador na Universidade de Copenhague. Foi um dos fundadores da Colaboração Cochrane em 1993, mas, em 2018, foi expulso do seu conselho de administração por conta de divergências na análise da eficácia de vacinação para o HPV. Na ocasião, denunciou que uma série de estudos não foram considerados nessa análise. Veio ao Brasil em novembro de 2016 para a Conferência Mundial WONCA de Medicina de Família, no Rio de Janeiro, e ministrou palestra intitulada “Por que tão poucos pacientes se beneficiam dos medicamentos que tomam e por que muitos são mortos por eles?”. Segundo o próprio autor em entrevista à Folha de São Paulo, seu livro é “sobre as falhas de todo um sistema, da descoberta, produção, marketing e regulação das drogas”. Ele critica também as agências regulatórias porque, segundo o autor, “Para ter uma nova droga aprovada só é preciso provar que ela é melhor do que placebo, mas os efeitos colaterais não são levados muito em conta. Esses danos são pouco estudados”. Por fim, ainda recomenda aos médicos e pacientes que “Não confiem nos estudos publicados pela indústria farmacêutica” (Collucci, 2016). Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2016/11/1832841-industria-farmacautica-age-como-o-crime-organizado-diz-pesquisador.shtml>>. Acesso em 20/04/2020.

de 2020 (que é similar a de 2019), mas dessa vez em conjunto com a “aula” do ginecologista Leandro no Curso Pré-Congresso em Anticoncepção do XXIII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, de 2018, intitulada “Tromboembolismo venoso e depressão versus pílulas combinadas: como abordar o assunto?”. Em ambos os casos, descreverei suas apresentações naquilo que se refere à TEV.

Primeiro, nas duas apresentações é realizada uma diferenciação entre as atuações dos riscos: há o risco absoluto, o risco relativo e o risco atribuível. O mesmo slide, exibido por Marcelo e por Leandro, é reproduzido aqui na Figura 14 e seguida da explicação de Leandro<sup>168</sup>:

Figura 14 - Slide “Riscos: relativo, absoluto e atribuível”

The slide is titled "Riscos: relativo, absoluto e atribuível". It lists three types of risk with corresponding examples in blue boxes:

- Risco Absoluto**  
Ex.:  
1) TVP em mulheres em idade reprodutiva: 4/10.000 mulheres-ano  
2) TVP em usuárias de AHCO: 8/10.000 mulheres-ano
- Risco Relativo**  
Ex.:  
Usuárias de AHCO em relação a não-usuárias:  $\frac{8}{10.000} \div \frac{4}{10.000}$  mulheres-ano = 2
- Risco atribuível**  
Ex.:  
Quanto de risco o AHCO adiciona em relação a não-usuárias:  $\frac{8}{10.000} - \frac{4}{10.000}$  mulheres-ano = 4 casos extras por 10.000 mulheres-ano

At the bottom right, there is a logo for "CONGRESSO SOGESP Online" and a citation: "Fletcher RH, Fletcher SW. Porto Alegre: Artmed, 2006".

Fonte: Capturas de tela Marcelo (2020)

O que é um risco absoluto? O quanto um evento vai ocorrer em uma determinada população. É quase como a incidência. Então, por exemplo, trombose venosa em mulheres em idade reprodutiva, aproximadamente quatro casos em cada dez mil mulheres por ano. Qual a chance daquela sua paciente que não usa pílula, não está grávida e em idade reprodutiva ter trombose? Quatro em dez mil ao ano. Se ela é usuária de pílula, esse risco é de oito em dez mil mulheres por ano. Isso é risco absoluto. Risco relativo é o quanto uma determinada intervenção interfere naquele evento, naquele desfecho que eu estou medindo. Então usuárias de pílula combinada em relação a não usuárias, simplesmente eu faço uma divisão. É oito por dez mil dividido por quatro por dez mil, vai dar dois. Significa o quê? Risco relativo é dois.

<sup>168</sup> Leandro se apresenta como professor assistente da disciplina de ginecologia de uma faculdade privada de medicina da Grande São Paulo, além de ser livre-docente pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia de uma universidade estadual de São Paulo e parte da direção da Associação Brasileira de Climatério (Sobrac). Também declara como conflito de interesses ter participado como conferencista eventual em eventos patrocinados pelas empresas ou de conselhos consultivos das seguintes empresas: Abbott, Aché, Amgen, Bayer, Besins, FQM, Grünenthal, MSD, Pfizer e Zodiac.



Eu dobrei a taxa a partir do momento em que ela utilizou a pílula anticoncepcional. Risco atribuível é o quanto eu somo ou subtraio daquele risco absoluto que eu já conheço. No caso, quanto que a pílula adiciona de risco em relação à não usuária? No caso, seria oito em dez mil, que é o que acontece com a pílula, menos quatro em dez mil, que é o que acontece sem a pílula. Portanto, a pílula é responsável e explica quatro casos adicionais em cada dez mil mulheres ao longo do ano. Os outros quatro já iam acontecer mesmo, mesmo sem a pílula. Essas são as formas de apresentar. (Leandro, 2018)

Após a diferenciação dos riscos e de suas explicações, argumenta-se em prol do uso do risco absoluto ou atribuível em detrimento do uso do risco relativo para comunicação com a mídia ou com as mulheres. O risco relativo, por sua vez, deveria ter o uso reservado aos epidemiologistas. Marcelo, em suas apresentações nos cursos pré-congresso em Anticoncepção de 2019 e 2020 reforçou a necessidade de uso do risco absoluto ou atribuível para tratar do risco de TEV para as mulheres e jornalistas da seguinte forma:

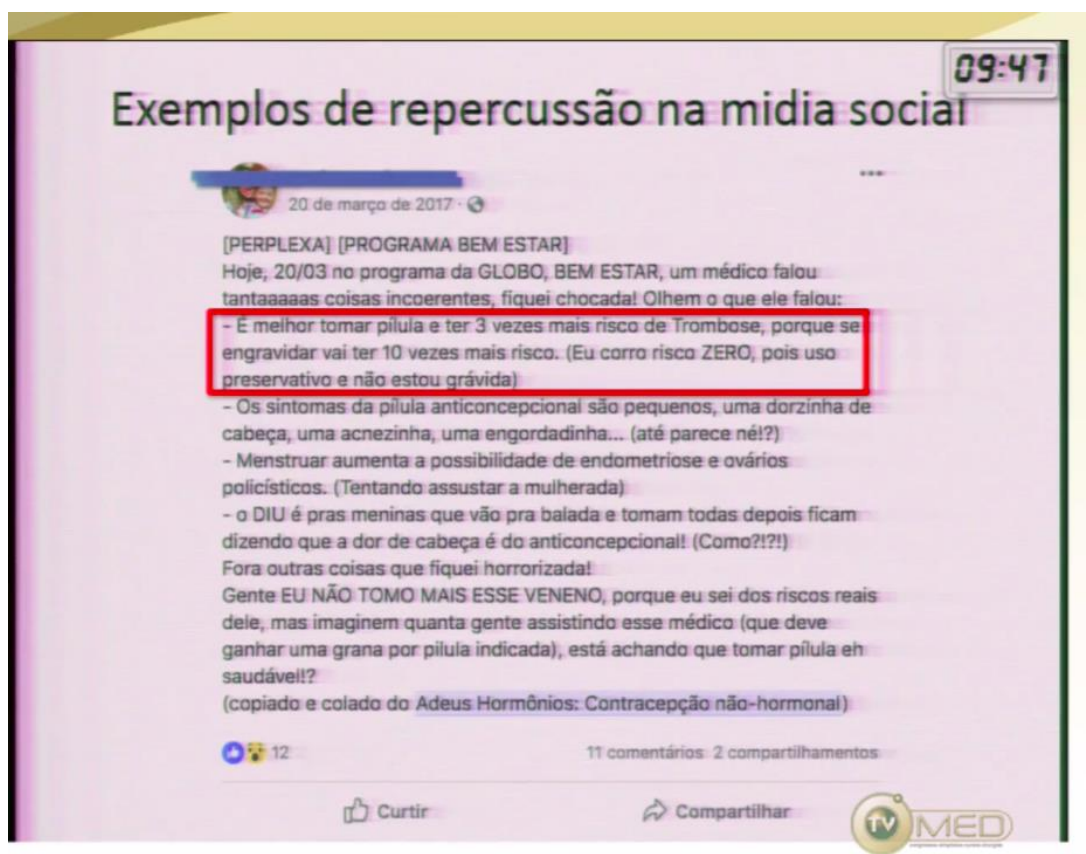
A melhor maneira de se falar para a mulher é sob a forma do risco absoluto. (...) Do ponto de vista absoluto, é um risco baixo. (...) Agora, se eu pegar e falar, por exemplo, pra alguém da mídia, que esse risco triplica, é um outro cenário que se transforma. É verdade que triplica? É verdade. Mas a incidência é muito baixa. Então isso é conhecer risco. (...) Ou seja, são riscos que são realmente bastante aceitáveis. (...) Falar sobre risco absoluto sempre é mais interessante. (...) Então isso aqui é só pra gente se situar em relação ao que nós estamos realmente falando pra entender e para motivar as mulheres a ficarem mais seguras. (...) E como é que nós explicaríamos isso para as mulheres? Vamos tentar traduzir pra que isso fique mais claro. (...) Então isso aqui [risco absoluto] é algo muito mais acessível para o entendimento da mulher. Risco relativo já é um pouco mais difícil. (...) E tem um tipo de risco muito interessante da gente abordar, que é o risco atribuível. Que é o quanto a mais sobre o risco que já existe que esse fator está determinando. Então por exemplo, o risco de um anticoncepcional hormonal oral combinado levar à trombose são oito casos pra cada dez mil, mas são quatro casos a mais sobre o que já existe. Porque as mulheres que não tomam já têm um risco de quatro pra dez mil. Então nós poderíamos falar assim para as mulheres: “Olha você tem quatro casos a mais em dez mil, esse é seu risco. A cada dez mil mulheres, quatro a mais teria o risco de ter trombose.” Isso realmente fica muito mais simples, porque a mulher, ela vai pensar: “Puxa, a minha chance de estar entre as 9996 mulheres que não terão é muito maior do que entre quatro que vão ter o evento tromboembólico.” Então é bem interessante que nós nos orientemos por esse tipo de citação (Marcelo, 2020).

Nessa explicação, fica evidente ainda o objetivo de convencer as mulheres e jornalistas de que o risco é baixo, aceitável e não preocupante. O enquadramento do risco serve sobretudo para “motivar as mulheres a ficarem mais seguras”. Por um lado, parece supor que a mídia e as mulheres têm mais dificuldades no entendimento do risco relativo. Contudo, a conclusão que a suposta mulher performada em sua apresentação chegaria a partir de sua apresentação do risco atribuível - “Puxa, a minha chance de estar entre as 9996 mulheres que não terão é muito maior do que entre quatro que vão ter o evento tromboembólico” - também não corresponde à sua explicação, na qual oito pessoas, dentre as dez mil, teriam algum evento tromboembólico (9992 não teriam, portanto). Evidente que pode ter sido um erro do apresentador, que deve ter se

referido apenas ao risco atribuído às pílulas, sem levar em consideração a existência de um risco que já é associado à existência da “mulher não grávida em vida reprodutiva”, de quatro casos em dez mil. Mas é curioso porque essa desconsideração, quando vinculada a um enquadramento que parece minimizar o risco de TEV, contrasta com a indignação apresentada quando se trata de mulheres que também desconsideram esse risco (associado à “mulher não grávida em idade reprodutiva”), mas em um enquadramento em que o risco das pílulas aparece como maior.

É nesse sentido que contraste com uma outra situação na qual o mesmo apresentador, Marcelo, em sua apresentação intitulada “Qual a magnitude do risco de câncer de mama com os contraceptivos hormonais?” no Curso Pré-Congresso em Anticoncepção realizado no XXIII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia em 2018, dialogou com uma crítica realizada no grupo “Adeus Hormônios” no *Facebook*. Ele apresenta o seguinte slide (Figura 15):

Figura 15 - Slide “Exemplos de repercussão na mídia social”



Fonte: Captura de tela Marcelo (2018b)

Mesmo que sua apresentação fosse sobre o risco de câncer de mama em associação à pílula, ele se contrapôs ao que foi mostrado na tela no que diz respeito ao risco de trombose. Fazendo referência novamente às “confusões” que estariam aparecendo nas “mídias sociais”, comenta:

Então, peguei aqui um exemplo, uma repercussão, por exemplo, na mídia social. Isso aqui é um perfil do *Facebook* chamado "Adeus Hormônios". **Então, veja só como é o entendimento das mulheres em relação a isso.** Elas falam mais de uma reportagem que apareceu na Rede Globo. E ela entendeu lá que o médico estava minimizando muito os problemas. **Uma das coisas que esse médico entrevistado falou: "É melhor tomar pílula e ter três vezes mais risco de trombose, porque se engravidar vai ter dez vezes o risco."** É verdade isso aqui. **A gravidez é mais risco para trombose do que a pílula. Aí ela fala o seguinte: "Eu corro risco zero, pois eu uso preservativo e não estou grávida."** Então, aqui ela errou. **Ninguém tem risco zero. Todo mundo tem risco um, que é o risco padrão.** Então, nós precisamos pensar nisso. O que nós tentamos entender aqui? Muitas vezes, a mulher, ou mesmo até algum profissional da área da saúde que pode estar envolvido nesse tipo de orientação, pode falar o seguinte: "Olha, você não toma esse hormônio, que aí você não vai ter essa doença." Isso está errado, ninguém tem risco zero. Pode até diminuir a chance, mas dizer que não vai ter realmente é um erro. Então, esse é o panorama que a gente vive. Aí vem lá, né? "Não tomo esse veneno, não tomo, não tomo." É o grupo "Adeus Hormônios, como não tomar nenhum tipo de anticoncepcional". Tem mais ou menos 80 mil seguidoras esse perfil. **Então, na verdade, a gente fala muito na linguagem da epidemiologia, que pra nós pode ser fácil. Mas nós não sabemos exatamente como que isso está lá do outro lado, o que a paciente pode entender. Então a nossa função é orientar sobre risco e falar qual que é o real impacto desse hormônio sobre o que mais está lhe afligindo. Na maioria das vezes, o que está na mídia é tromboembolismo e o câncer de mama. A depressão apareceu depois, mas tudo que aparece na mídia gera um efeito imprevisível. Então nós precisaríamos também nos posicionar diante disso.** (Marcelo, 2018b, grifos meus)

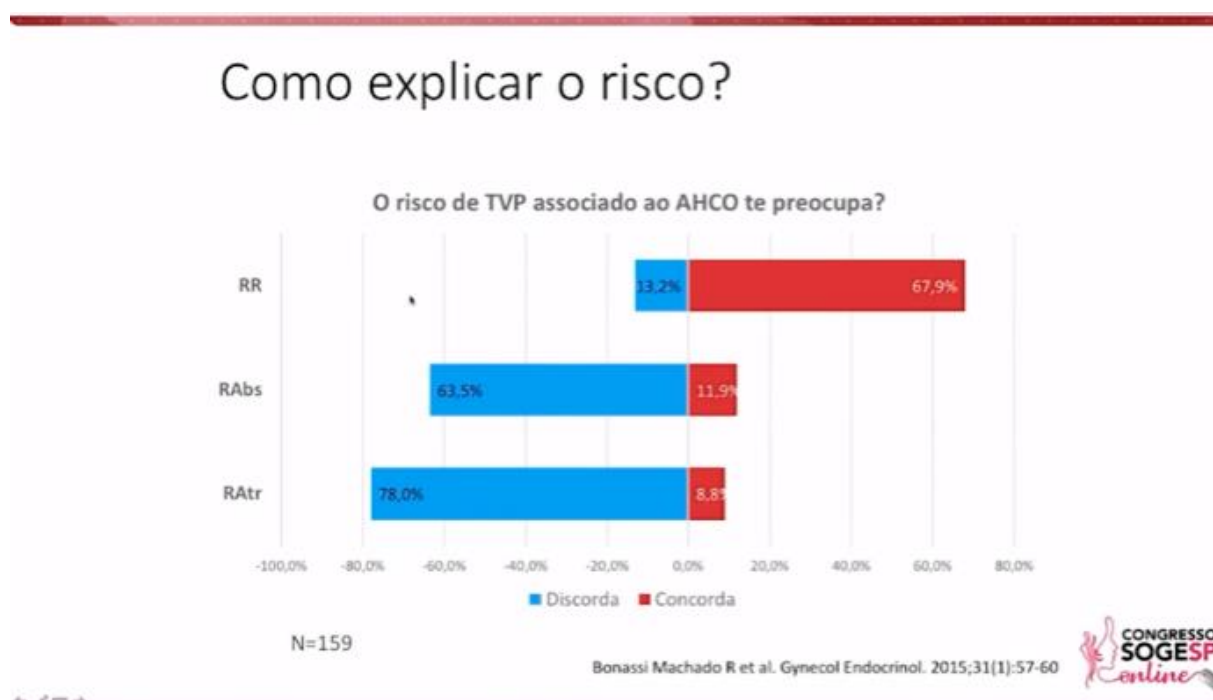
Aqui, novamente, “o entendimento das mulheres”, “do outro lado” ou da “paciente” aparece como errado, enquadrando-as como incapazes de entender a “linguagem da epidemiologia”. No slide seguinte ao qual reproduz a publicação do “Adeus Hormônios”, lê-se: “Embora a linguagem epidemiológica seja fácil para o médico, precisamos melhorar muito a tradução para as pacientes”. A “função” do médico aqui é então entendida como sendo “orientar sobre o risco e falar qual é o real impacto desse hormônio sobre o que mais está lhe afligindo” ou traduzir a linguagem epidemiológica para as pacientes. Pode-se supor dessas definições e comentários que o “risco relativo” não é compreendido como o “real impacto” e que o “real impacto” é baixo.

Por fim, volto a algo que aparece em três das apresentações dos cursos pré-congresso em Anticoncepção da Sogesp e também na apresentação de Marcelo no *lunch meeting* da Libbs do 57º CBGO de 2017, sobre as controvérsias presentes nos estudos sobre segurança do uso da drospirenona, já descritas no capítulo anterior. Além de todas as apresentações enfatizarem a importância do uso do “risco absoluto” para explicar às pacientes o risco de trombose associado às pílulas, há também referência a um artigo de Bonassi Machado e colegas intitulado “*Effect of information on the perception of users and prospective users of combined oral contraceptives*

regarding the risk of venous thromboembolism” (2015), publicado no *Gynecological Endocrinology Journal*. Trata-se de um artigo resultado de uma pesquisa na qual se avaliou o conhecimento das pacientes em relação ao risco de TEV associado às pílulas combinadas, bem como sua percepção de risco quando ele era apresentado de diferentes maneiras (risco relativo, absoluto e atribuível). Segundo o próprio artigo, a pesquisa envolveu 159 usuárias ou potenciais usuárias de pílulas combinadas, que responderam a um questionário, no qual o risco era apresentado de três formas, expressando o grau de preocupação que as informações proporcionavam (Machado et al, 2015).

Leandro e Marcelo - em suas apresentações, respectivamente, no Congresso Online da Sogesp 2020 e no XXIII Congresso da Sogesp de 2018 - comentam o artigo mostrando o mesmo slide contendo um gráfico com os resultados (Figura 16) e o explicando nas falas reproduzidas abaixo:

Figura 16 - Slide “Como explicar o risco?”



Fonte: Capturas de tela Marcelo (2020)

Nós mesmos publicamos esse artigo no ano de 2015 e informávamos às mulheres por diferentes modelos de risco. Então sobre exatamente esses dados aqui que eu acabei colocando. Quando a gente falava para as mulheres: “O que preocupa?” Eu explicava o risco de trombose sob a forma do risco relativo, eu falava: “Olha, dobra o risco, triplica o risco... Isso te preocupa?” “Preocupa muito”. 68% das mulheres estavam preocupadas. Agora quando a gente fala sobre risco absoluto, ao contrário. A maioria não está preocupada. E se for sob o risco atribuível, menos ainda. **Então a grande**

**maioria não está preocupada se nós as informamos de maneira correta. Então esse é o ponto fundamental na prática diária do ginecologista moderno, aquele que trabalha com riscos e traduz o risco para as mulheres** (Marcelo, 2020, grifos meus).

“O Rogério [Bonassi Machado] desenvolveu um trabalho que é sobre a forma de apresentar o risco para a paciente. Ele levou a mesma informação, no caso da relação entre trombose e pílula, e perguntou para essa paciente. Ele informava como risco relativo, informava como risco absoluto e informava como risco atribuível. E vejam, a mesmíssima informação quando informada como risco relativo, quase 70% concordava que isso era preocupante. 13% achava que não era preocupante. Quando ele mudou para risco absoluto, 63% falaram: “Não, isso não me preocupa”. 12% falaram: “Preocupa”. E quando foi risco atribuível então, foi melhor ainda. Aí que elas perceberam. Quase 80% falaram: “Olha, esse risco não me preocupa”. **Então vejam que a forma de comunicar o risco faz muita diferença. Faz muita diferença. Um trabalho bastante bonito do Rogério.**” (Leandro, 2018, grifos meus)

Vemos que, novamente, Marcelo defende que existe a “maneira correta” de informar as mulheres desse risco e que esse é o ponto fundamental do “ginecologista moderno” que, segundo ele, deve trabalhar com a tradução do “risco para as mulheres”<sup>169</sup>.

Logo após mostrar esse gráfico e dar essa explicação, Marcelo finaliza sua apresentação retomando o seu diagnóstico sobre as causas que levam ao que ele chama de “cenário desfavorável” ou de “ponto realmente conflitante na assistência médica”, referindo-se à “hormoniofobia” na ginecologia: a atuação da mídia tradicional e das mídias sociais, a desconfiança quanto às relações entre profissionais de saúde e indústria farmacêutica e a falta de conhecimento sobre interpretação de riscos. A partir daí, resume então o que entende como a solução para esse quadro: “informação precisa, informação baseada em evidência, principalmente interpretando risco de forma correta e, mais do que isso, traduzindo esse risco para as mulheres de forma acessível (Marcelo, Sogesp 2020). No caso de sua apresentação no *lunch meeting*, em 2017, embora ainda não tivesse elaborado seu “diagnóstico”, dizia que não era o caso “de parar de receitar [pílulas] porque senão nem estaríamos aqui”, mas lamentava que os médicos fossem, hoje, “bombardeados pela indústria farmacêutica, pelas evidências e também pelas mídias sociais” (Marcelo, 57º CBGO, 2017).

Ainda sobre as atuações do risco, chamo atenção mais uma vez para o *lunch meeting* da Libbs que ocorreu no 57º CBGO, em Belém. Como já havia descrito no capítulo 2, nesse simpósio intitulado “Anticoncepção hormonal. O que é real e o que é imaginário?”, foram apresentadas no telão sete questões, descritas enquanto “situações”, sobre as quais, após os votos, os palestrantes faziam comentários. Três dessas situações, que descrevo a seguir, são

---

<sup>169</sup> Também no documento de recomendações da Febrasgo, há uma seção dedicada a responder à pergunta “Como interpretar e traduzir para a paciente o risco tromboembólico ao se indicar um contraceptivo hormonal combinado?”, na qual se desenvolve o mesmo argumento e se cita o mesmo estudo (Machado et al, 2016).

justamente as mesmas perguntas que apareciam no questionário utilizado na pesquisa acima citada (Machado et al, 2015).

### **Situação 1**

“Mulheres que usam anticoncepcionais orais têm risco de duas a três vezes maior de apresentar trombose do que as que não usam. Para mim, isso é preocupante.”

- 1) Concordo totalmente (49% dos votantes);<sup>170</sup>
- 2) Concordo em parte;
- 3) Discordo totalmente;
- 4) Discordo em parte;
- 5) Não concordo nem discordo (PSDB<sup>171</sup>).

### **Situação 2**

“O risco de mulheres que tomam anticoncepcionais orais desenvolverem trombose é de dez casos a cada dez mil mulheres ao ano. Para mim, isso é preocupante.”

- 1) Concordo totalmente (26,4% dos votantes);
- 2) Concordo em parte (47,2%);
- 3) Discordo totalmente (3%);
- 4) Discordo em parte (8,1%);
- 5) Não concordo nem discordo (15,2%).

### **Situação 3**

“O risco de mulheres que usam pílula terem trombose é de quatro casos a mais sobre o que já existe normalmente para cada grupo de dez mil mulheres em um ano. Para mim, isso é preocupante.”

- 1) Concordo totalmente (23,2% dos votantes);
- 2) Concordo em parte (47,5%);
- 3) Discordo totalmente (3,5%);

---

<sup>170</sup> Para essa primeira situação, não consegui anotar a porcentagem de cada resposta, apenas da mais votada.

<sup>171</sup> Embora não tenha se estendido nos comentários, aqui se trata de uma referência ao Partido da Social Democracia Brasileiro. Esse congresso aconteceu no ano de 2017, quando Jair Bolsonaro já vinha se fortalecendo como candidato à Presidência da República com pautas de extrema-direita. Nesse quadro, o PSDB, que até o momento, era o principal partido de direita no país, passou a ser considerado por muitos um partido de centro (ou até mesmo de esquerda). Nesse caso, a posição “não concordo nem discordo” ser associada ao partido faz referência ao que foi percebido como uma falta de posicionamento ou deslocamento do partido em meio ao crescimento da polarização política em torno do Partido dos Trabalhadores e de Jair Bolsonaro.

- 4) Discordo em parte (11,1%);
- 5) Não concordo nem discordo (14,6%).

Da mesma forma que o fez nas outras apresentações já descritas, Marcelo iniciou comentando a primeira “situação” dizendo que é dessa forma que o risco de trombose associado à pílula tem sido passado aos leigos pela imprensa: o “risco dobra”. Destacou que isso assusta as mulheres e muitas vezes até mesmo os ginecologistas. Disse: “Se até a nós está assustando, precisamos achar outras formas de passar essa informação.” Frederico então interveio e disse que é necessário que se comunique o risco à mulher, bem como aos repórteres, de outra forma. Comentou: “Se o repórter diz que o risco aumenta 100%, a mulher não sabe o que é 100%. Ela vai achar que acomete todo mundo.” Disse que, se falar de “risco relativo” faz sentido na epidemiologia, a melhor forma de falar com jornalistas e pacientes é se utilizando do “risco absoluto”, como foi a apresentação na “situação 2”. Além disso, Frederico disse: “É claro que é preocupante, mas qualquer intervenção é. Seria o mesmo que disséssemos que ninguém mais deve tomar aspirina, porque ela está associada a risco aumentado de gastrite hemorrágica.” Reforçou ainda: “É preocupante, mas isso não nos impede de receitar.” Marcelo, da mesma forma que nas apresentações posteriores descritas acima, atribuiu às mídias sociais um maior incômodo a respeito disso no “ambiente de hoje” e reforçou a necessidade de “passar o risco sem passar o receio. Porque se nós tivermos receio, é óbvio que elas ficarão preocupadas.”

Levando em conta que foram as mesmas perguntas realizadas às 159 mulheres que participaram da pesquisa de Machado et al (2015), chamo atenção para os resultados dos votos dos ginecologistas. No slide reproduzido na figura 16, as opções de resposta 1 (“Concordo totalmente”) e 2 (“Concordo em parte”) são traduzidas como “Concorda” na resposta à pergunta “O risco de TVP associada ao AHCO [anticoncepcionais hormonais combinados orais] te preocupa?” e está exibido na porcentagem indicada pela cor vermelha para as três apresentações de risco. Já as opções de resposta 2 (“Discordo totalmente”), 3 (“Discordo em parte”) e 4 (“Não concordo nem discordo”) são traduzidas como “Discorda” e estão representados pela cor azul. Se apresentássemos as porcentagens dos votos de ginecologistas da mesma forma, com as mesmas classificações e comparássemos com os números da figura 16, teríamos a seguinte tabela (Tabela 1):

Tabela 1 - “O risco de TVP associada ao AHCO te preocupa?”

	<b>Risco relativo</b>	<b>Risco absoluto</b>	<b>Risco atribuível</b>
<b>Pacientes Concordam</b> [preocupam-se]	67,9%	11,9%	8,8%
<b>Ginecologistas Concordam</b> [preocupam-se]	Pelo menos 49% (dados incompletos)	73,6%	70,7%
<b>Pacientes Discordam</b> [não se preocupam]	13,2%	63,5%	78%
<b>Ginecologistas Concordam</b> [não se preocupam]	Sem dados	26,3%	29,2%

Fonte: Elaboração própria

Ainda que não considere que tais dados tenham sido produzidos em situações similares de forma a gerar uma comparação equivalente - não sei quantas pessoas votaram no auditório cheio em Belém e nem posso afirmar com certeza que eram ginecologistas - e mesmo que não entenda que essas amostras possam ser representativas das “mulheres” ou de “ginecologistas” brasileiros, faço esse exercício por duas razões. Primeiro, para chamar a atenção para certa maleabilidade e força dos números nos argumentos. Mas além disso, também porque se trata de levar a sério a possibilidade de que ginecologistas estivessem tão ou mais preocupados que suas pacientes quanto ao risco de TEV associado às pílulas combinadas (pelo menos segundo os critérios de classificação da pesquisa de Machado et al, 2015).

Em certa medida, há algum reconhecimento de que médicos também estão preocupados, principalmente nessa apresentação, nas quais esses números aparecem. Mas mesmo nas outras apresentações, Marcelo cogita a possibilidade da participação de médicos nessas preocupações (ou na “hormoniofobia”) e reforça a necessidade de entenderem o “risco real” para traduzirem às pacientes e propiciar “a segurança e a confiança da mulher”. Contudo, apesar desse reconhecimento, na maior parte das apresentações, supõe-se uma ignorância e um erro do lado da paciente (associado ao seu desconhecimento do “risco real”) e um entendimento do lado médico. A “solução” que Marcelo defende para resolver o “problema” da “hormoniofobia” certamente será insuficiente se mesmo o “risco real” - lido como o risco absoluto ou atribuível - não for suficiente para despreocupar nem os médicos. A própria apresentação do “ginecologista moderno” como um “tradutor de risco” parece ficar ameaçada em sua objetividade quando há confusão em torno de como esse risco é percebido. Risco alto ou baixo, aceitável ou não, são, afinal, termos “relativos” e não “absolutos”.



*Relativizando o risco via comparações (gravidez e puerpério, outros riscos e trombofilia)*

Outra “situação” que foi apresentada após essas três primeiras abordando as formas de risco, tratou do risco de TEV no puerpério:

#### **Situação 4**

“O quanto maior é o risco de mulheres que engravidam apresentarem trombose no puerpério do que as que não engravidam?”

- 1) 1 a 2 (19,9%);
- 2) 5 a 6 (49%);
- 3) 15 a 20 (22,8%);
- 4) 30 a 35 (8,3%).

Essa pergunta foi feita apenas de uma forma e foi utilizado o risco relativo. Contudo, em sua explicação da “situação”, Eduardo traduziu em risco absoluto. Disse que o risco das mulheres que não tomam pílula e nem estão grávidas de terem trombose é de 4,7 em cada 10.000 mulheres ao ano. No caso de uso de uma pílula oral combinada, esse risco fica entre 9,1 e 10 casos a cada 10.000 mulheres ao ano. Dentre as grávidas, esse número iria para 29 e, por fim, entre as mulheres no puerpério, para 300/400 casos a cada 10.000 mulheres ao ano.

Essa forma de enquadrar o risco de TEV associado à pílula - comparando com gravidez e pós parto - é bastante recorrente. Além do que já vimos na figura 5 no capítulo 2, no vídeo intitulado “É verdade que a pílula dá trombose?”, disponível na plataforma “Vamos Decidir Juntos”, César Fernandes responde à pergunta também se utilizando da comparação entre os riscos de TEV no uso da pílula (sem diferenciar entre as gerações) e o risco na gravidez e no puerpério<sup>172</sup>. A mesma comparação aparece ainda em outras apresentações e nas falas de ginecologistas à imprensa. Também no documento da Febrasgo sobre pílulas e TEV (Machado et al., 2016), lê-se:

As usuárias de anticoncepção hormonal combinada devem ser informadas e orientadas em relação ao aumento de risco de tromboembolismo, principalmente nos

---

<sup>172</sup> Reproduzo novamente sua fala no vídeo: “As mulheres jovens, que são as que usam pílula, mais ou menos entre os seus 20 e os seus 40 anos, têm uma chance muito pequena de vir a ter uma trombose. Quando ela usa uma pílula anticoncepcional, esses números também continuam extremamente baixos, mas um pouquinho mais altos do que das mulheres que não estão tomando pílula. Se eu tratar mulheres com pílulas anticoncepcionais atuais, com baixas doses de hormônios, elas são absolutamente seguras, são muito seguras. Mas você aumenta ao redor de quatro casos. Ou seja, se você tinha quatro casos num lote de 10 mil mulheres ao longo de um ano, você passa a ter oito casos em cada 10 mil mulheres ao longo de um ano. Se uma mulher engravidar, ela passa a ter um risco, só pela gravidez, muito maior [aparece na imagem: Gravidez - 30 casos em 10.000 mulheres]. E depois no período em que ela está amamentando passa para 200 em cada 10.000 [aparece na imagem: Amamentação - 200 casos em 10.000 mulheres]” (César Eduardo Fernandes, Vídeo “É verdade que tomar pílula pode dar trombose?”, Publicado em 05/07/2017, Acesso em 20/02/2021). Disponível em: <<http://vamosdecidirjuntos.com.br/conteudo/videos/e-verdade-que-tomar-pilula-pode-dar-trombose/>>. Acesso em: 20/02/2021.

primeiros seis meses. Também necessitam saber que durante a gravidez e, principalmente, no puerpério este risco é muito maior (20 a 80 vezes) e não se preconiza a realização de exames prévios (Machado et al., 2016, p. 30).

Leandro, em sua apresentação no Congresso da Sogesp de 2018, também enfatiza essa comparação com a gravidez, complementando ainda dizendo que:

Lógico que ninguém vai deixar de engravidar por causa do aumento de risco de trombose, se a paciente assim desejar. E logicamente uma pessoa de baixo risco. Mas é importante ela conhecer esses dados, porque muitas imaginam que gravidez não tem risco nenhum, né? Então é importante, até como parâmetro de comparação com a pílula anticoncepcional (Leandro, 2018).

De volta ao *lunch meeting*, as apresentações tiveram início após a introdução com os comentários sobre as “situações”. Comentá-las-ei brevemente naquilo que se referem ao debate sobre risco de TEV que ainda não foram descritas no capítulo anterior. Frederico, em apresentação intitulada “A evolução da anticoncepção – abordagem da redução de risco ao longo dos anos”, reforçou que é obrigação dos médicos avisar dos riscos associados às pílulas, pois “a maior reclamação das mulheres que tiveram fenômenos tromboembólicos foi que os médicos não as avisaram dessa possibilidade”. Ele se refere a esse aviso como “orientação antecipatória”<sup>173</sup>. Entretanto, segundo ele, seria necessário também reforçar que se trata de um risco “aceitável epidemiologicamente”. Encerrou então sua apresentação afirmando que “o risco de TEV em usuárias de COCs é baixo e os seus benefícios contraceptivos associados aos não contraceptivos justificam plenamente o seu uso”.

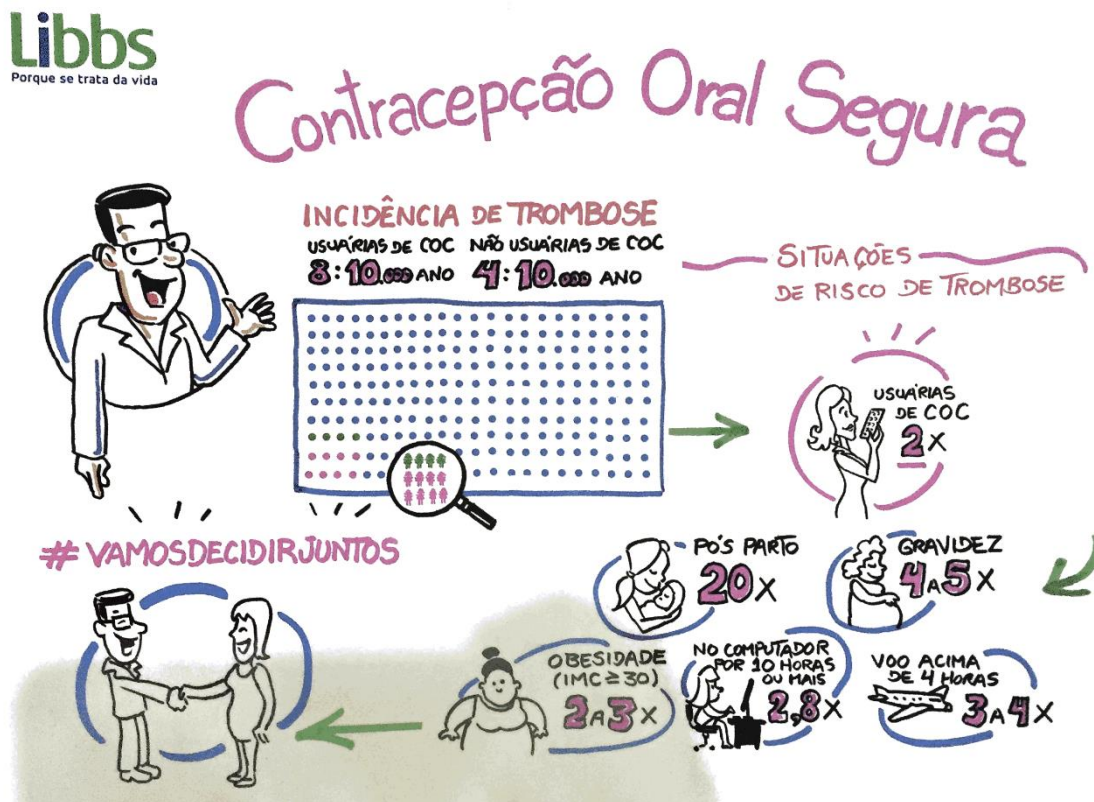
A apresentação seguinte foi de Eduardo, intitulada “Aspectos relevantes da trombose na mulher”. O médico iniciou comentando que é preciso lembrar que “a mulher tem trombose o tempo todo”, seja no uso de anticoncepcionais, na gravidez ou no puerpério. Após demonstrar através de vídeo o que acontece no corpo com TEV e EP, defendeu que não se deve “estigmatizar os COCs, pois eles salvam vidas evitando a gravidez indesejada”. Passou a maior parte de sua intervenção, no entanto, tratando de vários outros fatores que aumentam o risco de trombose. Dessa forma, performava-se um arranjo no qual o risco aumentado associado aos COCs seria apenas mais um dentre vários fatores que, muitas vezes, são mais comuns e mais arriscados que o uso da pílula. Dentre esses fatores, foram apontados tabagismo, voos longos, obesidade, idade, gravidez e puerpério. Ao fim da palestra, foi entregue um desenho a todos os ouvintes que condensava esses diferentes riscos de forma comparativa, associando a escolha e

---

<sup>173</sup> Como há bastante ênfase, nas apresentações, na forma de apresentação do risco, suponho que se trate de pelo menos, em parte, algum reconhecimento de que nem sempre tais riscos são informados. A necessidade “orientação antecipatória” também aparece no documento de recomendações da Febrasgo sobre TEV e pílulas.

a segurança à figura do médico com a inclusão da campanha “Vamos Decidir Juntos”. Segue desenho abaixo (Figura 17):

Figura 17 - "Contraceção Oral Segura"



Fonte: Arquivo pessoal (folheto recebido no Simpósio Patrocinado Libbs intitulado “Anticoncepção hormonal. O que é real e o que é imaginário?”, no 57º CBGO, realizado em Belém em novembro de 2017).

Uma imagem bastante similar também é reproduzida no sítio da campanha “Vamos Decidir Juntos”<sup>174</sup>. Parece se tratar de uma reafirmação de que não se pode prescrever com base nos riscos porque, afinal, muitas práticas consideradas “aceitáveis” também têm riscos. Além disso, ao comparar o risco da pílula ao risco de outras práticas que são mais associadas à responsabilização individual - como tabagismo, obesidade, voos longos, grandes períodos de tempo sentado -, produz-se uma suspensão da certeza de que os casos de trombose descritos estejam realmente associados às pílulas (e indiretamente aos médicos)<sup>175</sup>.

<sup>174</sup> Disponível em: <<http://vamosdecidirjuntos.com.br/conteudo/trombose/trombose-venosa-o-que-voce-deve-saber/>>. Acesso em 12/05/2021

<sup>175</sup> No Congresso da Sogesp de 2019, em uma mesa intitulada “Controvérsias em Anticoncepção” realizada no dia 24 de agosto, outra integrante da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo, Larissa,

Algo similar acontece quando se trata dos casos de trombofilia, apresentada como uma predisposição para formação de coágulos que pode ser hereditária ou adquirida, tida como causa de 50% dos casos de TEV. Além disso, o risco relativo para o primeiro episódio de TEV para quem tem trombofilia é de duas a 11 vezes maior quando se compara às sem a “doença” (Machado et al, 2016). Quando se associa os contraceptivos orais combinados às alterações genéticas ligadas à trombofilia o risco seria muito maior, portanto. A circulação desse quadro gerou questionamentos e reivindicações em torno dos testes de trombofilia antes da prescrição de anticoncepção hormonal combinada<sup>176</sup>. A OMS, apesar de contraindicar a utilização desse tipo de contracepção em pacientes com trombofilia, não indica exames de rotina para rastreamento da condição por conta da sua raridade e seu alto custo (OMS, 2015).

Da mesma forma, o rastreamento universal antes da prescrição de pílulas combinadas também não é recomendada na documentação da Febrasgo em torno da TEV, conforme lê-se na seção que responde à pergunta “É necessário solicitar testes de rastreamento para as trombofilias antes da prescrição de um contraceptivo oral combinado?”:

O rastreamento universal de trombofilia antes da prescrição de anticoncepção hormonal combinada não é recomendado, uma vez que não é clinicamente viável e nem custo-efetivo. Além disso, como visto anteriormente, a incidência de trombofilia na população é baixa, de forma semelhante ao aparecimento da trombose venosa em usuárias de anticoncepcional hormonal combinado. **Além disso, em mulheres assintomáticas, o diagnóstico de trombofilia não indica que ela vai ter trombose, mas que apresenta risco aumentado para essa intercorrência. De forma semelhante, as pacientes devem ser informadas que testes negativos não excluem a existência de outras causas genéticas ainda não conhecidas, que podem acarretar o aumento de incidência de trombose.** As usuárias de anticoncepção hormonal combinada devem ser informadas e orientadas em relação ao aumento de risco de tromboembolismo, principalmente nos primeiros seis meses. Também

---

atribuiu o aumento de casos de trombose a uma “epidemia de obesidade”. Comentando o risco de TEV associado às pílulas combinadas, ela ponderou: “As tromboses têm aparecido mais. A gente está vivendo uma epidemia de obesidade. E a obesidade está muito associada ao aumento do risco de trombose. Qualquer outro evento associado aí, uma lesão cirúrgica ou uma viagem longa poderia deflagrar um caso desses, então a gente tem visto muito isso nos consultórios” (Larissa, Congresso Sogesp, Controvérsias em Anticoncepção, 24/08/2019). Em entrevista que realizei com ela no 09 de fevereiro de 2021, ela abordou esse tema quando perguntei sobre a diferença de risco entre pílulas de segunda e terceira / quarta geração. Ela argumentou que a obesidade e o sobrepeso seriam fatores confundidores que poderiam contribuir com a percepção de um risco aumentado para as pílulas mais novas, principalmente aquelas associadas ao “emagrecimento” (com drospirenona). Ela disse: “De alguns anos pra cá, a dieta piorou muito aqui no Brasil e no planeta todo. Aumentou obesidade, mas aumentou sobrepeso. E mesmo quem não tem sobrepeso, às vezes tem uma alimentação terrível. Dependendo de coagulação, tem tanta coisa ali, não sei se o efeito da pílula também não está sendo sujeito hoje ao tipo de alimento que a gente tem. Porque quanto ao peso, não tem dúvida. Tem vários estudos mostrando que você tem maior risco de ter trombose se você for obeso ou sobrepeso. E muita gente passou a usar, por exemplo, a pílula do emagrecimento [com drospirenona] porque você estava com obesidade e sobrepeso. Então existe muito fator confundidor (Larissa, entrevista 09/02/2021). Não há reconhecimento, no entanto, de que seria papel dos médicos a avaliação da prescrição de pílulas a pessoas com esses fatores de risco.

<sup>176</sup> Essa foi uma das reivindicações do coletivo “Vítimas de Anticoncepcionais. Unidas a Favor da Vida” na audiência pública com a Anvisa. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.asp?etapa=11&nuSessao=0787/15>>. Acesso em 10/01/2021.

necessitam saber que durante a gravidez e, principalmente, no puerpério este risco é muito maior (20 a 80 vezes) e não se preconiza a realização de exames prévios. **Mulheres com antecedente familiar (primeiro grau) de tromboembolismo, principalmente quando ocorreu antes dos 50 anos, merecem cuidado especial, pois apresentam risco aumentado de três a 17 vezes para trombose. Atenção especial deve ser dada ao inquirir sobre enxaqueca (presença de aura e outros sintomas) e fatores de risco cardiovascular (tabagismo, obesidade, hipertensão arterial, tromboembolismo venoso anterior, síndrome metabólica e dislipidemia). A obesidade aumenta de 2,7 a 4,6 vezes o risco de trombose. A investigação laboratorial das trombofilias restringe-se a indivíduos jovens, com diagnóstico confirmado de TEV e sem diagnóstico de neoplasia concomitante (Machado et al, 2016, grifos meus).**

Ou seja, além dos argumentos da OMS (raridade e alto custo), alega-se que o diagnóstico positivo não assegura que a pessoa terá trombose e nem o diagnóstico negativo garante que ela não terá. Em seguida, além de aparecer novamente a comparação com o risco de TEV na gravidez e no puerpério, sugere-se, como alternativa ao rastreamento universal, o cuidado com indícios como antecedente familiar de tromboembolismo, além de outros fatores que devem ser investigados na anamnese, como enxaqueca, tabagismo, obesidade, hipertensão arterial, tromboembolismo venoso anterior, síndrome metabólica e dislipidemia. Essa atenção, contudo, não implica rastreamento de trombofilia, que deve ser reservado apenas a “indivíduos jovens, com diagnóstico confirmado de TEV e sem diagnóstico de neoplasia concomitante”.

No *lunch meeting* da Libbs no 57º CBGO, uma “situação” envolvendo a necessidade de exames de trombofilia também apareceu e foi comentada por Eduardo, que é integrante da Comissão Nacional Especializada em Tromboembolismo Venoso da Febrasgo:

### **Situação 6**

“Os exames de trombofilia ajudam na indicação de uma contracepção.”

- 1) Concordo totalmente (25,1% dos votantes);
- 2) Concordo em parte (28,1%);
- 3) Discordo totalmente (4%);
- 4) Discordo em parte (13,6%);
- 5) Não concordo nem discordo (29,1%).

O ginecologista comentou a questão apresentada reafirmando, da mesma forma que aparece no documento da Febrasgo, que o fato de ter trombofilia não quer dizer que certamente a trombose acometerá a paciente. Da mesma forma, não ter esse histórico não garante que ela não possa vir a ter. E fazendo uma comparação, diz que embora pessoas dos grupos sanguíneos A, B ou AB tenham de duas a três vezes mais chances de ter trombose, não é por isso que é

necessário que se peça exames de trombofilia para essas pessoas. Fazer o exame, segundo ele, além de ser caro, traria um “estigma para mulher que vai carregar para o resto da vida” e que a deixaria “limitada nos efeitos positivos contraceptivos e extracontraceptivos” das pílulas. Sublinhou ainda que hoje, “a cada três mulheres que utilizam anticoncepcionais, duas o fazem pelos efeitos extracontraceptivos também.” Dessa forma, ele recomenda que a única situação na qual o exame de trombofilia deve ser solicitado é quando aparecer na anamnese casos de parentes de primeiro grau que tiveram trombose antes dos 50 anos de idade. Seu aconselhamento foi, portanto, diferente de grande parte dos votantes, sendo que mais de 50% concordou totalmente ou em parte com a afirmação de que “os exames de trombofilia ajudam na indicação de uma contracepção.” Ao fim das apresentações, uma médica que estava na plateia, que chamarei aqui de Letícia, insistiu que continuaria pedindo exame de trombofilia em seu ambiente de trabalho, no Sistema Único de Saúde, porque receava ser responsabilizada caso algo acontecesse com suas pacientes.

Nos vídeos dirigidos às potenciais consumidoras, também se faz um esforço para explicar a não necessidade desses exames. César Fernandes, pelo menos em dois dos vídeos disponíveis na plataforma da campanha “Vamos Decidir Juntos”, se dedica ao assunto. No primeiro deles, no qual responde à pergunta “É verdade que a pílula dá trombose?”, conclui dizendo:

O que cabe ao médico é selecionar adequadamente as pacientes, vendo aquelas que eventualmente podem, por si próprias, colecionar um risco maior de vir a ter trombose, pra que nessas pacientes, ele faça uma investigação mais aprofundada, pra saber se essa mulher pode ou não vir a tomar pílula anticoncepcional (Fernandes, 2017)<sup>177</sup>.

Ainda, responde à pergunta “Preciso me preocupar se não estiver no grupo de risco de trombose?” nos seguintes termos:

**Um fato que eu acho relevante falar pra quem nos ouve é que de que nem toda mulher tem risco para vir a ter trombose. Muito poucas mulheres vão ter trombose. Mas algumas mulheres podem ter risco. Quais são essas mulheres? Principalmente as mulheres cujo os familiares contam que tiveram quadro de trombose. (...) Ou, mais ainda, se a própria mulher já teve um episódio de trombose espontânea. Alguém que teve trombose espontânea tem um risco maior. E tem algumas outras poucas situações específicas que o médico pode durante a sua anamnese, durante a retirada de história, a história da paciente, ele pode identificar e selecionar alguns poucos casos, eu diria alguns pouquíssimos casos, em que ele vai precisar fazer alguns exames para testar a coagulação dessas mulheres, alguns exames genéticos para ver se ela tem uma predisposição genética a vir a ter uma trombose venosa. Esses casos nós denominamos de trombofilias. Pacientes com facilidade pra fazer trombos, não é? Então, nesses casos, sim, se justifica. Mas para a imensa maioria das mulheres, não há a menor necessidade de fazer qualquer exame prévio ao uso das**

<sup>177</sup> Disponível em: <<http://vamosdecidirjuntos.com.br/conteudo/videos/e-verdade-que-tomar-pilula-pode-dar-trombose/>>. Acesso em: 20/02/2021.

pílulas anticoncepcionais. Não se justifica. Os exames não são bons selecionadores de mulheres que podem tomar pílulas e de mulheres que não podem tomar pílula. **Portanto, acho que dá pra dizer claramente para quem nos ouve, não é? De que o médico tem toda condição de discernimento para poder separar as mulheres que precisam ter um ajuizamento diagnóstico, exames complementares para que possa dizer se ela pode ou não tomar pílula** (Fernandes, 2017, grifos meus)<sup>178</sup>.

Nessas apresentações, algumas traduções são realizadas. Na primeira citação, aparece a necessidade de "seleção adequada das pacientes" a fim de que se identifique aquelas que podem "por si próprias, colecionar um risco maior de vir a ter trombose", que devem então ser submetidas a "uma investigação mais aprofundada" para saber se podem usar pílula ou não. Não explicita, no entanto, ao que se refere com poder "por si próprias, colecionar um risco maior de vir a ter trombose". É possível que se refira tanto à trombofilia quanto a outros fatores de risco, como obesidade, tabagismo, dentre outros. Também não evidencia o que seria a investigação mais aprofundada. Contudo, a afirmação de que se possa colecionar "por si própria" algum risco, independente de onde exatamente venha (genética ou tabagismo, por exemplo) retira o risco da pílula para colocá-lo na paciente, embora reconheça o papel do médico na avaliação.

Já na segunda citação, parece haver uma sobreposição entre trombofilia e risco de trombose. Como vimos, nas recomendações da Febrasgo, a trombofilia é diferenciada do risco de trombose, já que a sua existência não levaria necessariamente à TEV e sua inexistência não garantiria a sua não ocorrência. Aqui, no entanto, Fernandes afirma que "nem toda mulher tem risco para vir a ter trombose" e argumenta que as que têm risco são aquelas que, no documento da Febrasgo, são as que teriam indicação de exame de trombofilia. Levando-se em conta que, em outras apresentações, houve uma ênfase na inexistência de "risco zero" para trombose, essa afirmação é digna de nota.

Ainda, nas duas citações, o médico aparece como a "solução" para a identificação desse risco, já que é ele que "tem toda condição de discernimento" para fazer a seleção adequada das pacientes e identificar quem precisa de exames complementares ou não. Da mesma forma, tende-se a supor que as contraindicações para o uso das pílulas combinadas sejam bem conhecidas pelos médicos, já que as apresentações citadas acima não as apresentam em detalhes. Nem mesmo o documento com recomendações em torno do risco de TEV da Febrasgo o faz em profundidade, citando apenas, na seção final intitulada "recomendações práticas":

A identificação de fatores de risco individuais deve fazer parte da rotina na atenção contraceptiva. Entre esses, destacam-se a obesidade, o tabagismo, o puerpério,

---

<sup>178</sup> Disponível em: <<http://vamosdecidirjuntos.com.br/conteudo/videos/preciso-me-preocupar-se-nao-estiver-no-grupo-de-risco-de-trombose/>>. Acesso em: 20/02/2021.

cirurgias maiores com imobilização, os antecedentes familiares de TEV, doença inflamatória intestinal, uso de corticosteroides e lúpus eritematoso sistêmico (com presença de anticorpos antifosfolípídeos) (Machado et al, 2016).

Nos congressos, as contraindicações, quando aparecem, são citadas quando se trata de discutir a contracepção em condições consideradas “especiais” ou a necessidade de exame de trombofilia, que é negada com a justificativa de que uma boa anamnese seria suficiente. É no primeiro sentido que as contraindicações aparecem nas apresentações em uma mesa chamada “Anticoncepção nas Comorbidades”, realizada no dia 23 de agosto no Congresso da Sogesp de 2018.

A “aula” dada por Leandro é intitulada “Doença tromboembólica” e, nela, o médico aborda especificamente os contraceptivos orais combinados. Baseando-se nos critérios da OMS (2015), que é a referência usualmente citada, estão entre as contraindicações: primeiros seis meses de pós-parto; tabagismo associado à idade igual ou maior que 35 anos; múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular; hipertensão arterial controlada ou não; antecedente pessoal de TEV; cirurgia grande com imobilização prolongada; presença de mutação trombogênica conhecida; infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral; lúpus eritematoso sistêmico com anticorpos antifosfolípídeos (ou não pesquisado); enxaqueca com aura em qualquer idade e sem aura se idade igual ou superior a 35 anos; câncer de mama; diabete mellitus com nefropatia, retinopatia, neuropatia ou outra doença vascular, ou com duração acima de 20 anos; cirrose descompensada; adenoma hepático; hepatoma; alguns anticonvulsivantes ou dos antimicrobianos rifampicina ou rifabutina.

Na mesma mesa, em apresentação intitulada “Cefaleias”, a ginecologista Ana Carolina Gandolpho mencionou as contraindicações em um outro enquadramento, bem diferente do que acompanhei na maior parte dos congressos. Referindo-se a um artigo publicado no *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (Lauring et al, 2016), Gandolpho cita constatação de que, dentre 987 mulheres entrevistadas, 130 (13%) tinham contraindicações para uso de contracepção hormonal combinada, como enxaqueca com aura, hipertensão, mais que 35 anos e tabagistas, antecedente de TEV e diabetes mellitus com complicações. Dessas, 51 (39%) utilizavam contraceptivos hormonais combinados com prescrição de um profissional da saúde, apesar das contraindicações. Dentre aquelas sem contraindicações, a quantidade de usuárias desse tipo de contracepção não foi estatisticamente diferente (Lauring et al, 2016). Ao apresentar a pesquisa, Gandolpho chamou atenção para a possibilidade da contribuição de outras relações para o aumento do risco de trombose em usuárias de contraceptivos hormonais combinados, como a seleção inadequada realizada por profissionais de saúde. Entretanto, é uma



pesquisa realizada na Pensilvânia, nos Estados Unidos e, portanto, não comprova a existência do mesmo problema no Brasil. Dessa forma, acaba por sublinhar também a falta de pesquisas sobre isso no país.

No caso da plataforma da campanha “Vamos Decidir Juntos”, também não há menção detalhada às contraindicações para as pílulas combinadas, embora apareça um desenho similar à figura 17, enfatizando outras práticas que estão associadas ao risco aumentado de TEV. Essas outras práticas não são em sua maioria, contudo, contraindicações para as pílulas (com exceção de gravidez e pós parto). Ou seja, seus riscos são cumulativos com o risco da pílula combinada e não os substituem, embora isso nunca seja mencionado. Por fim, chamo atenção ainda para dois pontos do documento de recomendações da Febrasgo, porque não apareceram com muita ênfase nas apresentações citadas:

A decisão quanto à escolha do contraceptivo deve também levar em consideração a escolha da paciente e os métodos alternativos. (...) Outrossim, a análise de fatores de risco individuais e orientação sobre sinais de alerta sobre os sintomas da TVP são igualmente necessárias. Além disso, o aconselhamento contraceptivo deve incluir informações sobre métodos não hormonais e métodos sem estrogênio em suas formulações (Machado et al, 2016).

Enfatizo assim a ausência do foco na escolha da paciente e nos métodos alternativos nessas apresentações, bem como a não referência de orientação sobre sinais de alerta de TEV, para que as usuárias possam ser diagnosticadas cedo, caso venham a sofrer com a doença. Há, contudo, além dessa breve menção no documento da Febrasgo, um vídeo explicando esses sinais na plataforma “Vamos Decidir Juntos”.

### **3.3 “Círculo” em torno do XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia**

Além dos eventos da Febrasgo e da Sogesp, que são os maiores do Brasil na área de ginecologia, participei também do XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia, que ocorreu entre os dias 2 e 4 de agosto de 2018 em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no Hotel Plaza São Rafael. O objetivo aqui é contrastar as descrições anteriores com outra de um congresso de menor porte, com uma média de 500 participantes, e um pouco mais distante do círculo da Febrasgo. O foco principal dessa seção é a Mesa Redonda que ocorreu no dia 03 de agosto de 2018 intitulada “Anticoncepção”, que não foi especialmente patrocinada pela indústria farmacêutica. Descreverei, sobretudo, as apresentações e discussões naquilo que contribuem para a produção de um enquadramento “diagnóstico” da controvérsia em relação às pílulas anticoncepcionais, principalmente em relação ao risco aumentado de TEV, e de respostas a elas.

A mesa foi coordenada pelo médico Pedro, que participou da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo entre 2006 e 2015 e é professor em uma faculdade privada de medicina no Estado do Rio Grande do Sul, coordenando o estágio na área de ginecologia. As palestras realizadas foram as seguintes: “Minha paciente não quer mais usar hormônio: e agora? Contracepção não-hormonal”, pelo médico André, “Anticoncepção: transtornos de humor e cefaleia”, pela médica Denise e, por fim, “Mitos e realidade sobre os riscos de anticoncepção hormonal”, pela médica Jéssica. Apenas a última é atualmente integrante da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo. Os outros dois médicos não são membros da Febrasgo e a anticoncepção não é a principal área com a qual trabalham. Como as duas últimas apresentações não trataram especificamente do risco de TEV, dedicarei-me principalmente à primeira palestra e à discussão final.

Logo na abertura da mesa, o coordenador Pedro introduziu o tema afirmando que a anticoncepção “ainda está na adolescência” e que “nós estamos vivendo hoje, ainda, um período nebuloso, com influências políticas, ideológicas, que tentam interferir nessa atividade que é eminentemente médica”. Seguiu-se a isso a primeira apresentação, do médico obstetra da rede pública e privada na região de Porto Alegre André. O médico, além de não participar tão ativamente do circuito das associações como membro de comissões ou palestrante, tampouco é ligado ao meio acadêmico-científico. Foi a primeira vez que fez uma apresentação em um congresso regional e me contou ter ficado surpreso com o convite para falar de contracepção, já que trabalha mais ativamente com obstetrícia.

O tema sobre o qual André falou foi “encomendado” por um dos membros da diretoria da Sogirgs, que organizou o congresso. Sua palestra, intitulada “Minha paciente não quer mais usar hormônio: e agora? Contracepção não-hormonal”, além de indicar certa surpresa por parte dos médicos em torno da recente resistência que as mulheres estão tendo em consumir pílulas anticoncepcionais, também foi muito reveladora das conexões entre algumas tensões que se dão nas relações entre médicos, pacientes e mídias. Enquanto mostrava em seus slides quatro fotos de revistas e sítios que faziam referências, respectivamente, aos “perigos” da reposição hormonal, à violência obstétrica, aos riscos de TEV associados à pílula anticoncepcional (a capa da *Época* citada na introdução deste trabalho) e um abaixo-assinado que pedia que médicos fizessem exames de trombofilia antes da prescrição de pílulas, comentou:

“Minha paciente não quer mais tomar hormônios, e agora?” Essa pergunta dá uma sensação de urgência, de ajuda, não é? E que eu fiquei me perguntando em três ocasiões. Em 2002, uma paciente chegou no meu consultório e disse assim: “Doutor, ontem eu vi no Jornal Nacional que o hormônio da menopausa que tu estás me dando me faz mal. Eu não quero mais tomar isso. E eu, que não tinha visto o Jornal Nacional

porque estava estudando, não sabia do que ela estava falando. E me perguntei: “E agora?” Uns anos depois, uma paciente bem primigesta me diz: "Doutor, a minha vizinha disse que não se faz mais corte, porque é violento. O senhor é tão bom, o senhor não vai fazer o corte na hora do parto em mim, não é?" E eu, que fazia obstetrícia fazendo episiotomia em quase todo mundo e não sabia que eu era tão violento [risadas na plateia], me perguntei: “E agora, como é que vai ser?” Aí você passa na frente de uma banca de revista e você escuta que o anticoncepcional pode deixar você sem os dedos do pé. [risadas da plateia] E você te assusta. Você entra na internet e vê um abaixo-assinado para obrigar pedidos de exames para trombofilia... Te pedindo para que você faça coisas com as quais você não concorda. E a gente tem uma tendência a se irritar com isso, porque poxa, essa pessoa leiga viu em um lugar leigo e está questionando a minha velha opinião formada, que eu estudei tanto pra ter?! (André, 02/08/2018)

O médico correlaciona, portanto, vários movimentos realizados pelas mulheres, em conexão com a mídia, com pesquisas científicas e/ou com outras mulheres, nos quais questionaram a prática médica nos últimos anos. Diferentemente dos outros médicos acima citados, no entanto, ele não performa essa relação tensa como um “mal-entendido” que se dá por “erros” da mídia ou das mulheres. Assim, André continuou:

Mas a gente tem que pensar duas vezes. A gente viu que tem situações em que realmente elas têm razão nesse sentido. E a gente está tratando, primeiro, da nossa paciente. Segundo, a gente está tratando de eventos fisiológicos. Se a gente não pode impor tratamentos nem na doença, como é que eu posso dizer para mulher: "Você vai ter que tomar esse anticoncepcional, vai ter o parto desse jeito e a menopausa tu vai tratar e acabou?!" Não pode ser assim. A gente primeiro tem que parar e perguntar qual é o motivo que ela não quer. Tem um motivo que pra nós é mais fácil. Ela pode dizer: "Eu tenho medo." É mais racional. E a gente não pode nem questionar, porque a gente deu substrato pra elas. As pesquisas foram feitas por médicos. Sobre a significância do tromboembolismo, da depressão, do câncer de mama e outros eventos adversos. Ela também pode dizer: "Eu não acredito." E ela não precisa acreditar nas coisas que eu acredito. Se forem questões filosóficas, culturais, eu tenho que respeitar e tentar achar uma alternativa. E pode ter experiência pessoal. Eu, quando comecei a fazer esses slides, uma paciente no consultório me disse: "Doutor, eu fiquei dois meses sem anticoncepcional e eu achei ótimo. Meu desejo sexual melhorou, a retenção de líquido... Eu não quero mais." Eu tenho que respeitar isso. Então a nossa obrigação não é pré julgar ou dizer: "Não, eu é que estou certo." A nossa obrigação é informar. Anticoncepção é informação e acesso. A gente tem que informar porque até nos protege, porque divide a responsabilidade pela decisão da paciente. E outro, pra defender a paciente, porque se a gente não informar, alguém vai informar. [ele apresenta um *slide* com uma foto de um jaleco escrito Dr. *Google*] (André, 02/08/2018)

Há, portanto, uma configuração com mais nuances que aquela que separa o risco “real”, que os médicos deveriam divulgar em seus consultórios ou em campanhas como a “Vamos Decidir Juntos”, do “imaginário”, “exagerado” ou dos “mitos”<sup>179</sup> que, segundo algumas falas dos

---

<sup>179</sup> Faço referência aqui aos títulos de “aulas” que estive presente em congressos: primeiro, o simpósio patrocinado pela Libbs já bastante comentado nesta tese, “Anticoncepção hormonal. O que é real e o que é imaginário?”, e ainda outros dois: A anticoncepção oral combinada e o tromboembolismo venoso: exagero ou realidade? Vamos parar de prescrever pílulas combinadas?, debate que aconteceu também 57o CBGO no dia 16/11/2017, coordenado por Marcelo e com a participação de outras três ginecologistas da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção (a conclusão foi que seria a preocupação com TEV seria exagerada) e a “aula” de Jéssica intitulada

ginecologistas, invadiria a vida das mulheres por meio das mídias (tradicionais ou sociais) com seu “sensacionalismo”. Ainda que André situe as diferenças de forma a performar fronteiras entre a expertise médica e o conhecimento leigo, entre o que é mais racional e o que é menos, colocando os médicos de um lado e as pacientes do outro, parece limitar também o alcance que teria essa expertise e racionalidade quando se trata de anticoncepção e da vida das mulheres. Ainda que afirme que o papel dos médicos é informar, o que pressupõe que o conhecimento esteja sobretudo do lado deles, assegura um maior espaço para a decisão da paciente, que pode ser motivada por elementos que não estão na esfera que ele reconhece como médica. Assim, independente da forma que hierarquiza as motivações, afirma que cabe aos médicos respeitar as decisões das pacientes. Além disso, chamou-me atenção que a única “aula”, de todas que acompanhei desde 2017, na qual a percepção da fertilidade como prática contraceptiva foi reconhecida como opção, além de ter seu funcionamento explicado, foi a de André. Da mesma forma, os preservativos também foram citados como opção sem ser reduzidos apenas a um instrumento na proteção de infecções sexualmente transmissíveis.

André terminou sua apresentação com um *slide* com a foto de Margaret Sanger, identificada ali como a “fundadora do *Planned Parenthood*”, seguida de uma citação na qual se lê: “*No woman can call herself free who does not own and control her body. No woman can call herself free until she can choose consciously whether she will or will not be a mother.*” Tendo em vista a discussão do primeiro capítulo e a forma como Sanger é associada simultaneamente ao feminismo e às pílulas anticoncepcionais (como “liberdade das mulheres”) é digna de nota. A citação escolhida, contudo, não faz nenhuma referência específica ao dispositivo, ainda que o faça à anticoncepção.

Na mesma mesa, ocorreram ainda outras duas apresentações: “Anticoncepção em Cefaleias e Transtornos de Humor”, por Denise, e “Mitos e realidade sobre os riscos da Anticoncepção Hormonal”, de Jéssica. Como nenhuma das duas abordou diretamente o risco de TEV, não vou comentar tais “aulas”, mas destaco que, assim como em uma de suas apresentações no 57º CBGO, Jéssica destacou ao fim de sua apresentação que é preciso “lembrar que anticoncepção nunca foi tão segura e que nunca foi dito que qualquer efeito adverso era zero, mas sim que eventos graves eram raros”. Complementou dizendo ainda que “a prescrição de pílula não é uma prescrição fácil. Para nós, parece meio automático no dia a dia, mas não tem receita de bolo.” Em seu slide, a mensagem que aparecia era a seguinte:

---

“Mitos e realidade sobre os riscos da Anticoncepção Hormonal” na mesa de Anticoncepção do XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia.

“Anticoncepção deve ser individualizada, embasada em potenciais fatores de risco e exige conhecimento!” (Jéssica, 03/08/2018).

Apesar de atuante na Febrasgo, Jéssica difere um pouco de seus colegas da Comissão de Anticoncepção da Febrasgo ao chamar atenção para a dificuldade da prescrição das pílulas, enfatizando que não deve ser realizada de modo automático, sem conhecimento e sem análise individual dos fatores de risco. Ao fazê-lo, contrapõe-se a práticas que considera erradas realizadas pelos médicos, já que se trata de obrigação deles. Contudo, quando defende “a anticoncepção” - referindo-se à hormonal - pontua a diferença com o passado (“nunca foi tão segura”) da mesma forma que outros médicos, como vimos no capítulo 2. Além disso, argumenta que nunca foi dito que não havia efeitos adversos, mas que eram raros. Parece responder aqui à acusação de que os médicos não têm avisado às pacientes dos riscos de TEV presentes nas pílulas hoje prescritas. Contudo, quando ela diz que “nunca foi dito”, não fica explícito a que se refere, se à relação entre médicos e pacientes ou se às instituições médicas em geral. De qualquer forma, não afirmar que o risco é zero não significa necessariamente informar quais são esses riscos.

Quando foram possibilitadas as perguntas da plateia, um médico que chamarei aqui de Arthur questionou: “Sobre tudo vocês falam que o risco é pouco. Trombose é pouco, depressão é pouco, tudo existe, mas é pouco. Será que é mesmo pouco? Os métodos hormonais não são a única opção. Aí a indústria enche de amostras grátis e ninguém fala de outras opções.” Jéssica então respondeu que não acha que é pouco. Nesse sentido, defendeu o uso das pílulas com levonorgestrel (segunda geração), que teriam menos efeitos colaterais, sendo mais seguras que as de terceira geração em diante<sup>180</sup>. Além disso, ela reafirmou a necessidade de falar sobre os riscos para as pacientes, complementando: “Até porque se a gente não informar, a mídia informa”. Reiterou também aquilo que eu já havia ouvido Frederico falar no Congresso em Belém: “O que mais incomoda as mulheres, mesmo aquelas que vêm a sofrer efeitos colaterais mais graves, é que os ginecologistas não falam desses riscos.” Falou também que se deve ter “responsabilidade para prescrever”, porque “é hormônio, né gente? Se os nossos já causam problemas, imagina botar mais pra dentro. Claro que tem efeitos” (Jéssica, 03/08/2018).

---

<sup>180</sup> Aqui chamo a atenção para mais um caso em que a diferenciação entre a segurança cardiovascular das pílulas é performada, embora de forma residual, nas discussões finais da mesa e não nas apresentações principais. Talvez seja relevante notar ainda que em sua apresentação, Jéssica declarou conflitos de interesse por ser *speaker* (espécie de “embaixadora”) do medicamento Level, uma pílula anticoncepcional combinada com o composto levonorgestrel (segunda geração), da empresa BioLab. De toda forma, há um reconhecimento, por uma integrante da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo que não assina o documento de recomendações, da diferença de risco entre as gerações de pílulas.

Depois disso, André pediu a palavra e disse concordar com o médico ouvinte que fez a pergunta na plateia. Repetiu uma frase que havia dito em sua apresentação: “O médico que deixa de pensar deixa de ser médico.” Defendeu então que os médicos sejam mais críticos e se disse preocupado também quanto à indústria farmacêutica. Ele disse: “A empresa vem falar de pílula, não de camisinha e DIU de cobre, que não dão dinheiro para empresa. Quando se coloca o DIU de cobre, a mulher fica até dez anos fora do mercado das pílulas.” Disse também que os médicos são “muito bombardeados” e que não se pode ter várias receitas prontas em uma gaveta ou pegar a primeira amostra grátis que se vê na prateleira, mas se deve, sim, “analisar o caso da paciente e pensar” (André, 03/08/2018).

Essa discussão evidencia a existência de desconfiança por parte dos médicos em relação à indústria farmacêutica e à qualificação dos riscos associados à pílula como sendo “poucos”. A intervenção de Arthur chama atenção para o fato de que os diferentes riscos geralmente são discutidos em apresentações separadas, o que dificulta sua análise conjunta (no caso, ele cita trombose e depressão)<sup>181</sup>, e lembra a existência de métodos não hormonais, pouco citados como alternativa quando se trata de discutir os riscos das pílulas combinadas. São temas que não apareceram nas apresentações dos congressos da Sogesp e da Febrasgo e que aqui surgem a partir de um médico ouvinte. A diferença entre as respostas de Jéssica e de André também é significativa.

A primeira responde reiterando a diferença de risco entre pílulas de segunda e terceira/quarta geração - o que a distingue dos ginecologistas citados no capítulo 2 -, mas não cita métodos não hormonais ou críticas à indústria farmacêutica. Além disso, reforça que o mais importante é informar às pacientes dos riscos existentes, já que seria a falta de aviso o que mais as incomodaria. Nesse sentido, parece “se livrar” do problema ao repassar a responsabilidade às pacientes, que se responsabilizariam pelo risco tomado. A forma como esse risco deve ser comunicado, no entanto, não é abordado e nem tomado como fazendo diferença (em entrevista, ela aborda essa questão, como veremos abaixo). Faz uma concessão, enfim, sublinhando a necessidade de se prescrever com responsabilidade, o que presume-se que tenha a ver com a análise individual dos riscos que citou em sua apresentação. André, por outro lado, reafirma a importância de analisar cada caso e concorda com Arthur em sua preocupação com o “bombardeio” da indústria farmacêutica. Nesse sentido, cita o preservativo e o DIU de cobre como possibilidades contraceptivas importantes que são negligenciadas por conta da falta de estímulo da indústria, que não lucraria muito com elas.

---

<sup>181</sup> Os benefícios, por outro lado, são usualmente apresentados em conjunto, como veremos no capítulo 5.

Por fim, uma médica da plateia que chamo aqui de Vera perguntou o que deveria fazer nos casos em que mulheres usuárias de pílulas chegam ao seu consultório dizendo que querem mudar de método pelo que têm visto na mídia, por medo. Jéssica respondeu: “Mas por medo de quê?” E Vera respondeu que, geralmente, trombose. Jéssica então disse: “Se for trombose, não vale a pena trocar caso ela já use há um tempo. Isso porque o risco diminui ao longo do tempo.” Complementou reclamando que as mulheres veem na mídia essas notícias e logo param de tomar o anticoncepcional. Defendeu que elas deveriam primeiro se consultar com seus ginecologistas para uma melhor decisão. Para fins de contraste, lembro aqui que em minha pesquisa de mestrado, via ser replicada constantemente nas configurações da percepção da fertilidade, que ninguém precisaria de autorização médica para interromper o uso das pílulas se ele não houvesse sido prescrito para tratar doenças (Klöppel, 2017). A defesa de Jéssica vai ao encontro do que disse Pedro na abertura da mesa, que a anticoncepção é uma área “eminentemente médica” e, dessa forma, seu uso deve ser avaliado por médicos. É também nessa direção que atua a própria campanha “Vamos Decidir Juntos”.

### *3.3.1 Da Febrasgo a Porto Alegre: três ginecologistas*

Complemento essa breve descrição com alguns trechos de entrevistas semiestruturadas que conduzi com Jéssica, participante da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo, e com outros dois ginecologistas com quem tive contato no Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia. O objetivo é levar em conta também os diagnósticos e compreensões de dois ginecologistas - que chamarei aqui de Paula e Guilherme - que não são próximos do círculo da Febrasgo e que não têm como atuação principal a área da anticoncepção, ainda que tenham estado presentes na Mesa Redonda descrita acima. Os dois, da mesma forma que Jéssica, atuam tanto em consultório privado quanto no SUS na região metropolitana de Porto Alegre. Paula é também doutora em medicina e professora de uma universidade privada, enquanto Guilherme tem duas especializações e não atua como professor. Entrevistei-os em seus ambientes de trabalho: Guilherme no dia 09 de agosto de 2018, Paula e Jéssica no dia 19 de setembro de 2018. Jéssica é professora associada de uma universidade pública federal no Estado do Rio Grande do Sul e coordena um ambulatório de planejamento familiar, além de atender em consultório privado.

O objetivo dessa seção é abordar alguns de seus enquadramentos diagnósticos das controvérsias em torno das pílulas anticoncepcionais e soluções que propõem como resposta médica a elas. Assim, conduzi a entrevista de forma a que expusessem seus entendimentos dessas questões. Jéssica se manifestou da seguinte maneira:

Tem muito essa questão da onda do “natural”: “Ai, eu não quero usar hormônios porque altera meu corpo, eu me sinto diferente”. Eu acho que tem que ser respeitado. Desde que a gente ofereça uma outra... Se a menina precisa de anticoncepção, desde que se ofereça uma outra anticoncepção pra ela. Para que ela não engravide. Não simplesmente suspender a pílula e... Né? Então dentro das opções não hormonais e que modificariam menos o organismo da mulher, entra o DIU de cobre. Que pode ser usado em adolescentes, por meninas com menos de 20 anos, por meninas que não tiveram filhos. Não exige nenhum exame antes da colocação, a não ser o acordo, a consulta, para que tudo possa ser combinado com o médico (...) O que sai na imprensa leiga dá um efeito imediato no atendimento das pacientes. Então acho que é nosso papel sempre esclarecer do ponto de vista de qualidade dos estudos, das diferenças estatísticas, se isso é uma coisa significativa ou não, se isso só aparece dentro do contexto de pesquisa ou tem uma repercussão clínica importante. Acho que é nosso papel, sim, esclarecer e a mídia faz o papel dela levantando eventuais questões. (Jéssica, Entrevista 19/09/2018).

Aqui, a ginecologista lê as práticas de recusa aos hormônios como uma busca por uma maior proximidade da “natureza”, de forma similar ao que identifiquei nas práticas de percepção da fertilidade (Klöppel, 2017; Klöppel e Rohden, 2021). Ela entende que isso deve ser respeitado, contudo faz uma ressalva: que se ofereça uma outra forma de contracepção à “menina” (reconhece-se aqui que são principalmente as jovens que estão negando os hormônios). A única alternativa que apresenta e que lhe parece a mais adequada, nesse sentido, é o DIU de cobre, enfatizando a possibilidade de que seja usado por mulheres adolescentes e jovens. Além disso, a médica, da mesma forma que vimos acima nas diferentes apresentações, atribuiu também à imprensa leiga parte das recusas aos hormônios contraceptivos, embora entendendo que esse é mesmo o seu papel. Quanto à resposta que entende que deve ser dada pelos médicos, apareceu novamente a importância da atuação no “esclarecimento” das evidências e no apontamento à paciente do que é significativo ou não em termos de “repercussão clínica”, ou seja, se deve fazer diferença ou não para a escolha da potencial usuária de contraceptivos.

Por outro lado, Paula disse que é muito raro, na sua prática clínica, encontrar pacientes buscando se livrar dos hormônios apenas por se tratarem de hormônios. Contudo, percebia que as pacientes tinham medo, sobretudo do risco aumentado de trombose. Segundo a médica, isso aconteceria pela influência da mídia, combinado à pressão de pessoas próximas que tiveram contato com essas notícias. Ela comentou:

No consultório atendendo ginecologia geral, a gente sente esse medo. Sai na mídia, sai no Jornal Nacional que a pílula tal causa trombose, naquelas próximas duas semanas vai vir um monte de paciente questionando isso: “Ah, porque a minha amiga mandou eu parar, porque o meu pai mandou eu parar, porque o meu sogro mandou parar... E a gente percebe exatamente isso, é uma opinião leiga em cima de uma notícia da mídia. **Então ali que a gente tem que tentar frear e mostrar pra paciente o que é real...** (Paula, 19 de setembro de 2018, grifos meus).



Vemos então que a resposta, de forma similar à de Jéssica ou mesmo de Marcelo, dentre outros médicos mais próximos da Comissão de Anticoncepção da Febrasgo, é “frear” o medo e mostrar o “risco real”. Também se utilizando de argumentos muito parecidos aos que vimos acima, Paula explicou:

Todos os hormônios que existem nos contraceptivos são hormônios muito mais modernos do que existia há 60 anos atrás quando a pílula foi descoberta. Então a gente vê risco aumentado de trombose ou às vezes sai na mídia: “A pílula tal tem um risco aumentado”. Primeiro a gente tem que entender o que é um risco relativo e o que é um risco absoluto. Mostrar um risco aumentado em cima de um risco que é muito baixo, o risco segue muito baixo. Isso a gente tem que tentar entender. Na mídia não sai dessa forma. É o hormônio, hoje ele é muito mais seguro do que ele era. Então as pílulas de novas gerações, os hormônios de nova geração, eles têm uma segurança muito maior do que se tinha. Então acho que a gente tem que individualizar a paciente e personalizar o tratamento. Isso é a minha opinião. Não é não indicar hormônio pra ninguém e muito menos indicar hormônio para todo mundo. Mas indicar para quem tem indicação. Uma gestação aumenta o risco de ter uma trombose muito mais do que o uso de um anticoncepcional. Ainda mais se for uma gestação não desejada. Ninguém vai deixar de engravidar por causa disso, mas em uma adolescente, em uma mulher jovem que não tem esse objetivo, esse risco é muito maior (Paula, 19 de setembro de 2018).

Ou seja, aqui apareceu a diferenciação das pílulas “do passado” em relação às atuais, diferenciando-as quanto ao risco de trombose e enquadrando as mais novas como seguras. Depois, realizou a diferenciação entre risco relativo e risco absoluto, a comparação com o risco de TEV na gravidez e, por fim, a necessidade de individualização da paciente. Apesar dessa proximidade com os outros argumentos que já haviam aparecido no círculo da Febrasgo-Sogesp, Paula faz um desvio comentando sua situação pessoal:

Vou te dizer uma coisa pessoal. Eu parei de usar pílula para engravidar, me senti muito bem sem pílula, nunca tinha parado. Tinha usado pílula desde a adolescência, porque fui usando, fui usando... E desde que eu parei para engravidar da minha primeira filha, que hoje tem três anos, nunca voltei. Então, se me senti bem sem pílula, vou buscar métodos sem hormônio e seus efeitos, algumas vezes adversos, que podem ser bons ou ruins, aceitáveis ou não. Mas é individualizar um tratamento para uma pessoa que não tinha nenhuma contra-indicação ao uso de hormônio e não se opunha ao uso de hormônio de forma alguma. Mas foi uma coisa de perceber o meu corpo e me sentir melhor sem o hormônio do que com hormônio. Então acho que isso é que a gente tem que tentar focar hoje quando se fala em usar ou não hormônio, né? Não pode ter essa fobia e também tem que entender que o risco não é tão grande assim como se vende (Paula, 19 de setembro de 2018).

Curioso que o relato de Paula, aqui, se aproxima da história de muitas jovens que recentemente têm recusado as pílulas combinadas. Embora o risco aumentado de TEV tenha adquirido uma centralidade midiática por ser o risco mais grave - e pelo mesmo motivo é o foco desta tese - muitas jovens que participam do grupo “Adeus Hormônios: Contracepção Não Hormonal” recusam a pílula sobretudo por efeitos mais cotidianos e não pelo risco aumentado de TEV (Santos, 2018). Relatam também, da mesma forma que Paula, terem feito um uso pouco

consciente dessa forma de contracepção, já que começaram na adolescência e continuaram sem grandes questionamentos da interferência que o medicamento poderia causar em suas vidas. Descobriram então mais tarde, a partir do vínculo às mídias tradicionais e sociais, os potenciais problemas que podem estar ligados aos contraceptivos, algo que Paula parece ter se dado conta em sua busca pela gravidez. Importante levar em consideração aqui que Paula é mais nova que os outros ginecologistas citados até então, tendo se graduado em medicina em 2006. Ela e Halana Faria, ginecologista da qual tratarei na próxima seção, são as únicas médicas com menos de 45 anos a aparecerem nesta tese.

Também em uma aproximação das práticas de recusa às pílulas, Paula também responsabilizou os médicos pela preferência pela prescrição de métodos hormonais ao comentar:

Acho que existe muito preconceito em não usar hormônio por parte dos médicos. Já está consagrado, todo mundo usa pílula e ponto final. Acho que isso está mudando, principalmente com os médicos mais jovens. Acho que há uma tendência a mudar isso. Os médicos mais velhos são muito mais conservadores em relação a isso. Mas acho que sim, o ideal seria a gente poder ter uma consulta aqui, por exemplo, no SUS... A gente tem uma agenda que hoje tem vinte pacientes, são quatro pessoas atendendo. Inviável ficar uma hora com cada uma delas. Seria o ideal... Talvez sentar, explicar todos os métodos, a chance de cada um, risco de cada um... No consultório às vezes a gente consegue. Mas aí tu consegue muito mais se esse for o teu foco de consultório. (...) Mas a tua consulta de ginecologia geral, que é um montão, né? Tu acaba não tendo esse foco, nem esse tempo. E aí a gente entra em toda questão de remuneração de convênio... Quantas pacientes tu vai conseguir atender em uma tarde para dar essa atenção, se tu atende paciente de convênio? Um monte de coisas que na verdade não tem nada a ver com a medicina, mas... É um todo, né? (Paula, 19 de setembro de 2018).

Aqui também entram outras questões que até então não tinham aparecido. Primeiro, o reconhecimento de que não é comum que se explique todos os métodos e seus riscos no SUS por conta da quantidade de pacientes que devem ser atendidas. Depois, mesmo no caso do consultório privado, as pacientes atendidas por convênio (saúde suplementar) que buscam anticoncepção (ginecologia geral) também acabam não recebendo tanta atenção. A responsabilidade, nesse caso, é atribuída à (baixa) remuneração dos convênios.

Por fim, perguntei à Paula se ela entendia que as opções contraceptivas disponibilizadas hoje eram suficientes para atender às necessidades atuais das pessoas, ao que ela respondeu:

Acho que tem opção. Acho que o DIU de cobre é uma grande opção. O DIU de cobre, muitas migraram. E ainda é um método que as pacientes não confiam: “Ah, alguém engravidou usando DIU”. Não é assim. (...) Não tem porque se preocupar com DIU, é um ótimo método. A paciente que não quer engravidar, a gente tem que ter um método contraceptivo, ponto. Hormonal ou não, né? Camisinha, tabelinha, essas coisas, não são métodos tão confiáveis, né? O índice de falha é muito grande. Mas o DIU, eu acho que é uma super opção para essas pacientes (Paula, 19 de setembro de 2018).

Nesse sentido, Paula segue Jéssica na ênfase no DIU de cobre como a opção contraceptiva que deve servir às pacientes que recusam os hormônios. Embora camisinha e tabelinha apareçam aqui, não são reconhecidos como métodos confiáveis; não parecem, nesse sentido, métodos que a ginecologista indicaria. Percepção da fertilidade não aparece como possibilidade diferenciada nesse quadro.

A entrevista realizada com Guilherme apresenta algumas semelhanças e algumas diferenças com as acima descritas. Em termos de seu diagnóstico das controvérsias, Guilherme entendeu que se tratava de uma preocupação das mulheres com sua saúde e bem-estar, relacionada aos efeitos colaterais das pílulas, mas também viu sensacionalismo midiático. Reconheceu ainda uma indignação proveniente da falta de informação sobre esses riscos, que não são comunicados, embora sejam bem conhecidos há pelo menos 20 anos. Ele disse:

**Eu acho que as mulheres realmente estão preocupadas com a sua saúde, né? Eu não entendo assim, porque... Acho isso um preconceito, eu não entendo. Eu não entendo esse tipo de coisa assim, que "ah, porque é uma filosofia de vida." Para algumas pessoas, é uma filosofia de vida: "Ai, eu não quero tomar hormônio, porque sei lá, eu não acho legal, porque eu quero coisas naturais." Mas eu vejo que a grande maioria é justamente por preocupação com efeitos colaterais. (...)** Existem pessoas que filosoficamente têm uma opção, que eu também respeito. Eu também tenho filosofias e convicções sobre... Eu respeito. (...) E também a mídia é um pouco sensacionalista. Por exemplo, tem aquela capa da revista Época, que é a mulher sem os dedos dos pés. Quantas mulheres que tu conhece que perderam os dedos por causa de anticoncepcional? Eu trabalho há 20 anos com milhares de mulheres e nunca vi. Mas aí se você coloca aquilo na capa da revista, o leigo interpreta: "Poxa, isso é uma coisa comum" (...) Mas o que causa indignação é o fato de que não estava informada, né? É a sensação de estar sendo enganada talvez... "Ai, estou usando uma coisa e ninguém nunca me disse que tinha isso." Até porque não é uma informação de agora. Eu fiz residência há 20 e poucos anos atrás, e eu já sabia disso (Guilherme, 09 de agosto de 2018, grifos meus).

Quando perguntei então como vinha lidando com isso, enfatizou a importância de apresentar todos os métodos e riscos:

Essa [controvérsia] da anticoncepção, eu não achei tão difícil. Porque eu aprendi que a gente não tem que ter receita pronta de anticoncepcional. "Ah, tá com acne, usa esse aqui." "Tá com retenção, usa esse aqui." Não, a gente tem que mostrar todos os métodos. Eu sempre conversei com as minhas pacientes sobre os métodos baseados na percepção da fertilidade, eu sempre disse para ela: "Olha, tu é uma pessoa sadia, tu pode usar qualquer método. Pode usar a tabelinha, que se tinha, tu pode usar preservativo, tu pode usar pílula..." Eu sempre abri o leque. Às vezes, eu dizia: "Olha, tu tem contraindicação para esse ou esse ou esse." Bom, tem contraindicação. Mas eu sempre abri o leque (...) Normalmente, se você não apresenta opção, você deixa a paciente numa situação desconfortável no sentido que... Ela não tem obrigação de conhecer, ela é leiga, ela não vai conhecer as outras opções. E ela vai considerar que você está optando pela melhor coisa para ela. Eu imagino que todo médico deveria optar pelo que é melhor para a paciente, mas nessas situações fisiológicas... Não é só nós, nós não temos que optar. Se pra ti serve o método de fertilidade, eu vou te dizer: "Ó, o método fertilidade, o uso típico é uma em quatro falhar." Né? Eu vou te dizer: "Preservativo, o risco é esse." Enfim... "Anticoncepcional é este." Por outro lado, tu

nunca vai ter uma trombose se tu usar um método baseado na fertilidade ou preservativo. Aqui tu pode ter uma trombose, que o risco é muito, muito baixo, em relação ao risco de tu ter trombose na gravidez." Então, a gente tem que ter essa conversa. Eu acho que em situações fisiológicas, você não tem que definir nada. Mesmo nas patológicas. Se nem na patológica, eu posso optar ou definir. Na fisiológica, muito menos (...) E eu acho que a gente tem que dedicar às vezes mais tempo para as pacientes. Às vezes as pessoas têm tantas consultas pra fazer. Realmente, olha, tu fazer uma consulta que tu vai apresentar parafeitos e coisas, poxa, consulta de uma hora. Se tu tem uma agenda no consultório de 20 ou 30 minutos... Isso ainda vai examinar, a paciente tira a roupa e bota a roupa. Poxa... É pouco mesmo para apresentar todos os métodos (Guilherme, 09 de agosto de 2018).

Diferente de Jéssica e Paula, ele pareceu levar em consideração as práticas de percepção da fertilidade e uso de preservativos como possibilidades contraceptivas. Enfatizou ainda a importância de informar sobre todos os métodos e riscos e de, sobretudo, respeitar as decisões das pacientes. Embora a comparação do risco de TEV associado às pílulas combinadas também tenham aparecido em comparação ao risco de TEV na gravidez, o próprio Guilherme fez uma ressalva:

Falam que tem que lembrar que uma gestação traz riscos de trombose para mulher muito maiores do que um anticoncepcional. Só que a mulher está gestante nove meses, uma, duas, três vezes na vida. Agora anticoncepção são vinte anos, trinta anos. Então se a gente colocar o risco há tempo de longo prazo, fica um pouco diferente. (...) A nossa obrigação como médico é dar a informação, não é decidir. Para mim, o risco de trombose cinco em mil pode ser pequena; pra ti, pode ser escandalosamente grande (Guilherme, 09 de agosto de 2018).

Ou seja, além de ter colocado em uma perspectiva temporal o risco de TEV, algo que não acompanhei nas apresentações nos congressos, Guilherme também sublinhou a situacionalidade da qualificação do risco como alto ou baixo, aceitável ou não. Ainda que não tenha discorrido sobre como são formulados os critérios para avaliação do risco, reconheceu que não são dados unilateralmente pelos médicos e simplesmente informados à paciente. Admitiu, assim, a possibilidade da contribuição de outras relações discursivo-materiais para a qualificação desse risco e participação mais ativa da paciente na caracterização desse risco como aceitável ou não (para a vida dela).

Finalmente, perguntei ao médico, da mesma maneira que o fiz a Jéssica e Paula, se entendia que as opções contraceptivas disponibilizadas hoje eram suficientes para atender às necessidades atuais das pessoas, ao que ele respondeu:

Eu acho que tem que tirar um pouquinho as opções só da mulher, né? Acho que tem que incluir o homem. Acho que assim, poxa, ache um anticoncepcional para o homem, né? Para o homem só existe a vasectomia, né? Ah, eu acho que é muito focado na mulher. E o fato de ser muito focado acaba desobrigando os homens a se preocupar com isso. A maioria dos casais, acredito que se fizer uma pesquisa, quem se preocupa mais com a anticoncepção é a mulher do que o homem, né? E é assim a vida toda, eu acho que tem que desfocar um pouquinho. (...) O interessante é que se tenha método

de longa duração, né? Tanto reversível e métodos irreversíveis mais fáceis de se fazer. E método reversíveis que durem mais tempo, que a mulher se preocupe menos com o uso. Eu gosto, por exemplo, do implante. É um hormônio, mas a mulher está protegida por três anos. Eu gosto, eu adoro o DIU de cobre, porque tu está protegida por dez anos com um método que é dos mais eficazes que tem, quase sem paraefeito nenhum (Guilherme, 09 de agosto de 2018).

Aqui, Guilherme também difere das outras ginecologistas entrevistadas, bem como das apresentações nos congressos em geral, ao citar a responsabilidade dos homens na anticoncepção, que é pouco materializada a partir das práticas e tecnologias atuais. Por outro lado, se aproxima das outras apresentações ao citar também o DIU de cobre. Cita também o implante, outro método reversível de longa duração (disponível, em tese, apenas no sistema privado). Contudo, sublinho que essas diferenças podem se dever também ao fato de que as outras médicas entenderam minha pergunta como opções, sobretudo, para as pacientes que recusam os métodos hormonais, enquanto Guilherme pareceu entender de forma mais ampla.

### **3.4 Da ginecologia feminista às práticas de recusa às pílulas anticoncepcionais: acrescentando elementos às redes de segurança**

Para essa última seção antes das discussões, trago alguns enquadramentos diagnósticos e soluções propostas por um círculo ainda mais distante do circuito hegemônico da ginecologia que orbita em torno da Febrasgo, suas comissões e congressos, e mais próximo das práticas de recusa às pílulas anticoncepcionais. Primeiro, abordo a apresentação da ginecologista Halana Faria, integrante do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e autora do blog “Casa de Amaterasu”<sup>182</sup>, em uma mesa na Semana Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina intitulada “Saúde das Mulheres: fronteiras e desafios” no dia 20 de agosto de 2018. Halana Faria foi convidada pela organização do evento, realizada por acadêmicos do curso de medicina da mesma universidade, a dar uma palestra abordando os motivos pelos quais as mulheres estariam deixando de utilizar contraceptivos hormonais. Estive presente na mesa, que teve a presença de pelo menos 50 participantes.

Além disso, trabalho também com a atuação de Carla Simone Castro da Silva, articuladora da página “Vítimas de Anticoncepcionais. Unidas a Favor da Vida”, na audiência

---

<sup>182</sup> O blog é indicado pelas moderadoras do grupo “Adeus Hormônios” e dentre as publicações da página, há algumas que abordam a recusa aos hormônios e alternativas contraceptivas a eles.

pública na Câmara Federal realizada no dia 09 de junho de 2015<sup>183</sup>. O coletivo em torno da página do *Facebook* solicitou ainda uma audiência pública, que veio a ser proposta pela bancada feminina do PSDB na câmara, principalmente a deputada federal Mara Gabrilli (PSDB-SP). Foi promovida pela Comissão de Seguridade Social e Família e contou com a participação de: Maria Esther Albuquerque Vilela, Coordenadora-Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde; Daniel Roberto Coradi de Freitas, Superintendente Substituto de Fiscalização, Controle e Monitoramento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Rurany Ester, Coordenadora-Geral de Programas e Ações de Saúde da Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temáticas da Secretaria de Políticas para as Mulheres; Adriana Scavuzzi Carneiro da Cunha, Representante do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Carla Simone Castro da Silva, Representante do coletivo "Vítimas de Anticoncepcionais - Unidas a Favor da Vida". Quem presidiu a sessão foi a deputada federal Geovania de Sá, do PSDB de Santa Catarina e, além da participação de Mara Gabrilli, contou ainda com intervenções do deputado Luiz Henrique Mandetta, do DEM do Mato Grosso do Sul, do deputado Flavinho, do PSC de São Paulo e da deputada federal Raquel Muniz, do PSD de Minas Gerais. Embora não tenha resultado em mudanças de caráter legal ou prático até o presente momento, a apresentação de Carla Castro da Silva na audiência deixou rastros de outros enquadramentos possíveis, com a articulação de elementos diferentes em relação ao risco de TEV associado às pílulas.

Halana Faria também acrescentou, em sua apresentação na UFSC, outras relações que entende que podem contribuir para o aumento do risco de TEV associado às pílulas combinadas. Ao responder à pergunta “por que as mulheres estão deixando o anticoncepcional?”, embora citando também a atuação da mídia tradicional e das mídias sociais, argumentou que o problema não é apenas da pílula, mas da falta de cuidado na avaliação do risco pelos prescritores e da falta de regulação e controle da Anvisa em torno dos efeitos graves da pílula. Ela explicou:

Para essa questão da crítica à contracepção hormonal, tem muito a história da trombose, a divulgação de casos de trombose, né? Que é um evento raro, porém grave. E que não tem a devida atenção dos serviços de saúde, da Anvisa. Não existe uma regulação e um controle com relação a evento grave causado pela pílula. Então a gente vai ver na revista *Época* uma capa, de uma mulher, não sei se vocês chegaram a ter contato com isso, acho que esse foi o grande estopim, assim, do que eu tenho acompanhado desse movimento, né? Sem os dedos de ambos os pés. Ela era uma vítima de trombose. Abriu, lançou um site. E agora já via *Facebook* também. As mulheres começam a falar: “Eu também.” “Eu também tive trombose cerebral.” “Eu tive trombose de membros inferiores.” Então é só a pílula? Não. Claro, não há uma avaliação correta de risco, né? Qual é o risco familiar dessa mulher, né? Ela tem uma história? Para contra indicação então. A pílula é prescrita como se fosse uma balinha,

---

183

Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.asp?etapa=11&nuSessao=0787/15>. Acesso em 10/01/2021.

um caramelo, né? Porque a menina menstrua a primeira vez, alguém diz que ela precisa ir ao médico. E aí a mãe já está preocupada, porque ela está com 13, 14 anos, já tá começando a namorar. E ela é cúmplice do médico que vai prescrever uma pílula aos 13, 14 anos. (...) E aí as mulheres com 30 e poucos anos estão hoje - essas, do grupo lá, 120 mil mulheres - elas estão dizendo: "gente, tomei por 20 anos." (...) E nessa de: "Eu tenho cefaleia com aura, eu tenho cefaleia com aura, eu tenho cefaleia com aura", ela acaba tendo uma trombose e ela avisou que ela ia ter. Mas ela não foi ouvida. Aí ela usa contracepção hormonal, mas ela nunca foi orientada que se ela faz uma viagem longa, ela precisa tomar cuidado. (...) As mulheres fazem uma cirurgia e não são orientadas que elas usam contracepção hormonal. E que, por isso, elas precisam tomar cuidado, porque elas têm maior risco de trombose. E é assim que a trombose acontece. Então... Tem essa subestimação, né? Dos efeitos colaterais. E uma sensação de que ninguém está ouvindo. Porque é uma que fala aqui, outra que fala lá, mas aquilo ali é a regra da prática médica (Halana Faria, Semana Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, 19/09/2018).

Assim, chama atenção para alguns pontos que os outros ginecologistas até então citados não parecem reconhecer. Primeiro, a admissão de que o número de casos de trombose associados à pílula anticoncepcional reunidos via a página "Vítimas de Anticoncepcionais. Unidas a Favor da Vida" é significativo, levando ao questionamento da avaliação e orientação médica e da fiscalização da Anvisa. Se o problema no Brasil for dessa ordem (problemas da avaliação médica e de fiscalização do órgão sanitário), as pesquisas sobre a associação de TEV às pílulas combinadas realizadas em países como Dinamarca não seriam suficientes para designar o seu risco nas condições brasileiras.

É no mesmo sentido que a própria Carla, administradora da página do coletivo e sua representante na audiência pública, se posiciona:

Eu havia lido a bula do anticoncepcional e perguntado para a minha ginecologista, com 20 anos de trabalho no mercado, sobre o risco de trombose de que falava a bula. Ela riu e disse que aquilo era lenda e que eu não me preocupasse, pois, em 20 anos, ela nunca tinha visto um caso desses. **No entanto, por menor que seja o risco - este é o nosso apelo aos médicos -, ele tem que ser comunicado. A paciente tem que saber do pode acontecer sim, para que, ao primeiro sintoma, ela corra para procurar um atendimento médico adequado. Essa é a grande questão aqui.** A questão não se trata da proibição de método anticoncepcional, não se trata de dizer que o anticoncepcional não é eficaz para proteger contra a gravidez, não se trata de dizer que a gravidez não aumenta mais o risco de trombose, porque sabemos que ela aumenta. A questão é tomar medidas que venham a prevenir a mulher das reações adversas. (...) **Sabe o que nós percebemos? Que as mulheres não sabem que fumar aumenta em 30 vezes o risco de terem uma trombose se estiverem usando anticoncepcional, que obesidade, hipertensão, diabetes e epilepsia também fazem com que esse risco aumente. Hoje nós temos a preocupação social de fazer um trabalho que muitos ginecologistas infelizmente não estão fazendo: informar a essas mulheres quais são os fatores de risco.** (...) Mas isso não é uma obrigação nossa, é obrigação do Governo Federal. (...) **Se os estudos que apontam o risco para 9 a 10 mulheres em cada 10 mil usuárias estiverem corretos, segundo a estimativa de que 11 milhões de mulheres no Brasil tomam anticoncepcionais, nós estamos falando de 10 mil casos no mínimo.** Portanto, se em 10 meses, até sexta-feira passada, nós recebemos 1.423 depoimentos, isso é uma amostra, não é o total. Quantos casos existem a mais? **Quantas mulheres perderam a vida, ou tiveram AVC, ou estão em estado vegetativo, ou estão com sequelas graves sem que nós saibamos? Quantas mulheres nem sabem o porquê do que aconteceu?** É ótimo jogar na conta

do acaso! Perguntem para qualquer mulher que sofreu uma reação adversa e violenta como um AVC se ela não gostaria de ter sido melhor informada sobre os riscos. (...) **Onde estão as pesquisas brasileiras? Elas não existem infelizmente.** Os estudos internacionais já foram amplamente divulgados. Há o estudo de 2009, há todos os alertas da FDA, da Health Canada e dos institutos europeus de saúde sobre o risco de drospirenona. **Por aqui a Anvisa fez alguns alertas que não surtiram nenhum efeito, porque a maior incidência de recomendação nos consultórios de ginecologia é exatamente para as pílulas de terceira e quarta geração. Dificilmente se acha um médico que receite levonorgestrel** (Carla Simone de Castro, Audiência Pública Câmara Federal, 09/06/2015, grifos meus).

Além de abordar a falta de comunicação sobre os riscos associado às pílulas e a outras práticas que aumentam o risco de TEV quando em conjunto ao uso delas, Carla traz, em números absolutos, o que significaria dizer que entre 9 e 10 mulheres em cada 10 mil usuárias de pílulas têm TEV quando se trata de 11 milhões de usuárias no país: seriam 10 mil casos anuais. Aqui, é Carla que trabalha com “risco absoluto” para enfatizar que não se trata de um número pequeno. Seu enquadramento contrasta com o defendido pela ginecologista Marta Finotti, membro da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo, na reportagem da *Época* já citada, intitulada “Quando a pílula anticoncepcional é a pior escolha” (Segatto, 2014). Lá, questionada sobre a possibilidade de transposição da estimativa do risco de TEV entre usuárias de pílula para a realidade brasileira - que seriam cerca de 11 mil casos em 11 milhões de usuárias do medicamento - a ginecologista respondeu que “Embora não existam estudos desse tipo feitos no Brasil, é impossível que haja essa quantidade toda de reações graves.”. A reportagem segue:

Segundo ela, a estimativa global não pode ser aplicada à população brasileira. “As pílulas são seguras, usadas por 100 milhões de mulheres no mundo e até mais estudadas que os antibióticos”, diz. Marta afirma que a razão do problema é a banalização do uso da pílula. “Os ginecologistas precisam ter critério para recomendar esses remédios, mas muitos não conhecem as recomendações da OMS”, diz. “Se todos eles seguissem essas normas, já seria maravilhoso” (Segatto, 2014).<sup>184</sup>

Ou seja, apesar de não levar em conta a possibilidade de um número tão alto de casos de trombose no Brasil, a médica reconhece publicamente que muitos ginecologistas não conhecem as recomendações da OMS e nem seguem suas normas. Destoa, nesse sentido, das apresentações de outros ginecologistas que fazem parte da Comissão de Anticoncepção da Febrasgo, que nem sempre explicitam as contraindicações da pílula e não identificam o desconhecimento entre ginecologistas como um problema.

---

<sup>184</sup> SEGATTO, Cristiane. Quando a pílula anticoncepcional é a pior escolha. *Época*, 27 de mar. de 2014. Disponível em <<https://epoca.oglobo.globo.com/vida/noticia/2015/03/quando-pilula-anticoncepcional-e-pior-escolha.html>>. Acesso em 20/02/2020.



Alegando ainda que os alertas da Anvisa não surtiram efeito quanto aos cuidados em torno das pílulas de terceira e quarta geração, Carla também reivindicou que pesquisas que levem em consideração essas outras intra-ações que, segundo seu enquadramento, são deixadas de fora nas pesquisas que não são locais, sejam realizadas no Brasil. Ela sugere então que a Anvisa faça um convênio com alguma universidade a fim de pesquisar os “números brasileiros e sobre as vias de comunicação”, pois, segundo ela, “a burocracia de comunicação é complexa”.

Ainda em relação à Anvisa, Carla relata a dificuldade de notificar a agência da trombose que sofreu como efeito adverso da pílula combinada. Ela conta:

Quando eu fiquei doente, fui procurar os órgãos de defesa e proteção do consumidor, para entender o que estava acontecendo. Eu liguei para a Anvisa, mas me desculpem: para o usuário, para a população é muito mais fácil conseguir uma audiência com a Rainha da Inglaterra do que registrar uma notificação no NOTIVISA, o que é impossível. Eu passei um mês tentando registrar a minha ocorrência no NOTIVISA. Nós temos um tutorial na página [do *Facebook*] para que as mulheres possam registrar a ocorrência. O fabricante não vai registrar ocorrência, pois quem faz não fiscaliza. Também o médico não vai registrar. Infelizmente essa mulher é vítima duas vezes: ela é vítima quando o médico prescreve a medicação sem um critério adequado, com uma anamnese que não é a correta; e é vítima quando tem uma reação adversa e é tratada, pois o médico que a recebeu também não registra a ocorrência. Portanto, ela é vítima duas vezes. Todos os casos que ocorrem estão sendo jogados na conta do acaso (Carla Simone de Castro, Audiência Pública Câmara Federal, 09/06/2015).

Assim, a professora enquadra a situação que ela e outras viveram como uma dupla vitimização, embora não entenda que sejam vítimas diretamente da trombose ou das pílulas. Diferente disso, ela entende que foram vítimas por duas vezes do descaso médico: a primeira quando o ginecologista não fez a avaliação correta para prescrição e, depois, quando esse médico não registrou ocorrência de efeito adverso grave na Anvisa. Isso faria com que esses casos ficassem invisibilizados e não fossem reconhecidos. É nessa mesma direção que pede que o registro de casos graves junto à Anvisa seja obrigatório para os médicos: “Ninguém pode falar quantos casos de reações adversas há neste país hoje, se não há registro. E sem registro não há estatística - qualquer professor de estatística sabe disso”.

Mas Carla não reclama apenas da dificuldade de acesso à Anvisa, citando também nominalmente a Febrasgo e sua Comissão de Anticoncepção. Disse: “O primeiro órgão com o qual entrei em contato foi a Febrasgo. (...) Eu liguei mais de 20 vezes para a Comissão de Anticoncepção da Febrasgo. Nunca me responderam nada! E eu sempre escuto nas entrevistas que dão sobre o assunto: ‘Não, gente, isso é muito raro. Não. Não é bem assim’.” (Carla Simone de Castro, Audiência Pública Câmara Federal, 09/06/2015).

Enquanto porta-voz do grupo, Carla pede também que “sejam feitas campanhas maciças junto à classe médica sobre a detecção de iminência de trombose por um diagnóstico precoce”,

porque apesar da existência de um protocolo da OMS para mulheres que utilizam hormônios, entende que não seria cumprido no Brasil. Mostra que 49% das mulheres que relataram ter tido trombose em decorrência do uso das pílulas em sua página no *Facebook*, disseram que seus diagnósticos demoraram até cinco dias para serem realizados<sup>185</sup>. Assim, reivindica: “Não existe uma política para falar também de trombose, que é a doença que mais mata no mundo hoje, mata um milhão de pessoas por ano, uma pessoa a cada 37 segundos. O diagnóstico tardio aumenta as sequelas nesse caso” (Carla Simone de Castro, Audiência Pública Câmara Federal, 09/06/2015, grifos meus).

Halana Faria também vê como solução o “acesso à informação de qualidade” para que possam realizar “escolhas”. Por um lado, a ginecologista concorda com Bonassi Machado e outros quando defendem que a atuação médica deve ser a “tradução de evidências”. Contudo, ela acrescenta outras necessidades além dessa tradução:

Porque o que a gente quer é que as mulheres tenham escolha. O que a gente quer é que as mulheres tenham acesso à informação de qualidade para tomar escolhas sobre sua própria saúde, né? Qual seria o papel, hoje, que eu vejo? **A gente precisa traduzir evidência. A gente precisa escutar de forma qualificada. Precisa romper com essa... Tirar a mesa do consultório e sentar de frente para as mulheres. É isso que elas querem. Elas só querem ser ouvidas nas suas queixas. E levadas a sério.** Porque elas sentem que não são levadas a sério (Halana Faria, Semana Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, 19 de agosto de 2018, grifos meus).

A “escuta qualificada” e o rompimento de uma “barreira” entre médicos e pacientes (traduzida aqui como a “mesa do consultório”) aparecem como necessárias e como reivindicações das mulheres, que aparecem como querendo ser ouvidas e levadas a sério. Continua, dessa forma, demandando que os ouvintes de sua apresentação (estudantes de medicina) estudem, mencionando as práticas de percepção da fertilidade:

Então vocês tratem de ir atrás e estudar. Percepção de fertilidade. Vocês já ouviram falar sobre isso? Já? Não é tabelinha. É como uma mulher pode entender seu ciclo fazendo aferição de temperatura e observação do muco cervical. “Ai, Halana, mas isso aí, pelo amor de deus, dá trabalho!” Claro, dá trabalho. A pílula não é boa só para indústria e para os médicos e para todo um complexo. Foi durante muito tempo muito fácil essa coisa automática de eu tomo uma pílula e está tudo bem. Agora quando as mulheres param, é muito interessante ver esse movimento, porque eu recebo... Elas dizem: “Parece que saiu uma nuvem negra de cima da minha cabeça. Eu estou vendo colorido.” “Um peso. Parece que eu estou vendo as coisas com mais clareza.” Então... É da cabeça das mulheres? Eu também me questiono. Será que isso não é um negócio que está todo mundo falando... Sabe como é que é, né? Eu também às vezes fico pensando: “Ah, tá todo mundo aí agora pensando...” “Não, eu preciso largar a pílula, porque eu também sinto, eu também sinto, eu também sinto...” A gente precisa estudar. A gente precisa entender isso melhor. A gente precisa escutar as mulheres.

---

<sup>185</sup> Carla admite que sua pesquisa, que chama de exploratória, não tem “validade científica” em termos de epidemiologia, mas entende que se trata de um indício de que algo precisa ser feito e é a partir desses dados que reivindica por pesquisas científicas por parte da Anvisa.

Nesse trecho, a afirmação da necessidade de os ginecologistas conhecerem as práticas de percepção da fertilidade acontece junto ao reconhecimento de que é um método contraceptivo trabalhoso. Por outro lado, a pílula é associada à simplicidade, facilitando não apenas a vida dos médicos e da indústria farmacêutica, mas também de suas usuárias. Contrapõe a isso, no entanto, os relatos dessas ex-usuárias, que vinculam a interrupção do uso do dispositivo a mudanças positivas em suas vidas. Aqui já não se trata do risco de trombose, mas de alterações que não são facilmente classificáveis e sobre as quais não há estudos. Halana Faria expõe, nesse sentido, suas dúvidas sobre a correlação entre tais efeitos positivos e a interrupção da pílula, mas faz dessa dúvida razão para demandar mais pesquisas. Reafirma, dessa forma, a necessidade de escuta, negando que a autoridade médica deva se impor às reivindicações dessas mulheres.

Na audiência pública, Carla, traduzindo as demandas do coletivo, propõe ainda que o risco de trombose associado às pílulas seja estampado nas embalagens do medicamento e que a venda nas farmácias seja feita apenas com retenção de receita médica, o que não acontece hoje. Aqui, por um lado, vemos uma demanda que é a mesma que foi realizada no final dos anos 1960 nos Estados Unidos com as audiências em torno da pílula que vimos no primeiro capítulo. Por outro lado, há uma demanda que vai na contramão de reivindicações históricas dos movimentos feministas, que são contrárias à restrição do acesso à contracepção e entendem que nem todas as pessoas têm acesso facilitado a médicos. Além disso, trata-se de uma demanda que aumenta a autoridade dos médicos frente a pacientes, o que vai em uma direção contrária do que defende Halana Faria.

Ademais, Carla ainda faz outras duas reivindicações: que o exame de trombofilia seja oferecido à paciente sempre que lhe for prescrita a pílula anticoncepcional, deixando a opção por fazer (e pagar) a ela, e uma campanha de divulgação de métodos contraceptivos não hormonais.

Também me falam o tempo todo: “Ah, não é custo efetivo fazer o rastreio de trombofilia”. Se a minha médica tivesse me dito “Olha, pode ser que o seu plano de saúde não pague, porque você não tem caso de trombose na família”, eu teria pagado para fazer, apesar de esse exame ser pago pelo plano de saúde - você pode consultar isso no site da ANS. Aí a Organização Mundial de Saúde, como todo mundo aqui já colocou, diz: “Se você é portador da mutação genética, não use o método”. E se você não sabe que é portador? Joga na conta do acaso, na roleta russa? É justo você pegar uma menina de 18 anos, com uma vida inteira pela frente, e dar-lhe um remédio que vai deixá-la tetraplégica? Naquela página há o caso de uma menina de 12 anos que está em estado vegetativo. A mãe levou-a ao ginecologista para tratar a acne, mas ela tinha duas mutações genéticas sem que se soubesse. Ela está tetraplégica. É justo?

(...) Quem é o responsável por isso? O paciente? Todo mundo sabia do risco: a Anvisa, o Ministério da Saúde, a Organização Mundial de Saúde, a Febrasgo, o Conselho Federal de Medicina. Quem não sabia do risco era só o principal interessado, era quem ia tomar o remédio. É justo? (...) Reivindicamos que sejam feitas campanhas de divulgação de outros métodos contraceptivos. Por que só o método hormonal é tão divulgado? No país existem outros métodos contraceptivos de que podemos falar. O DIU de cobre está aí e não causa dano nenhum. Por que não divulgamos isso? Quando se chega ao consultório do ginecologista, ele fala: “Oi, bom dia! Toma aqui uma amostra grátis!” Eu não quero generalizar, porque existem ginecologistas que merecem todo o meu respeito, mas isso ocorre com a grande maioria. Nós vivemos na indústria da contracepção hormonal, pois só pensamos nisso. É eficiente? É, mas não podemos pensar só em hormônios (Carla Simone de Castro, Audiência Pública Câmara Federal, 09/06/2015).

Novamente aqui é o DIU de cobre que se destaca. Embora as pílulas apenas de progestagênio ou mesmo o DIU hormonal não sejam associados ao risco de trombose, há nesse trecho uma recusa aos hormônios em geral. Há, ainda, uma referência às “amostras grátis” de pílulas anticoncepcionais dadas por ginecologistas em consultórios. Essa é uma reclamação que apareceu também dentre as praticantes de percepção de fertilidade, que entendem que a doação de amostras para os ginecologistas enviesam suas prescrições (Klöppel, 2017). Pelo menos até certo ponto, também é reconhecido como problema entre alguns ginecologistas, como os que abordaram o tema no Congresso Gaúcho de Ginecologia acima citados (o ouvinte Arthur e o apresentador André).

Finalmente, Carla encerra sua apresentação na audiência pública fazendo uma pergunta que remete à falta percebida também por Guilherme na entrevista: “Por que o Brasil reforça a obrigatoriedade feminina para a contracepção? A contracepção é um direito e uma obrigação do casal, não é só da mulher. Precisamos pensar nisso. Precisamos pensar nisso, o.k.?” (Carla Simone de Castro, Audiência Pública Câmara Federal, 09/06/2015). Ainda que brevemente, sublinha a desigualdade no trabalho reprodutivo.

### **3.5 Considerações finais**

#### *3.5.1 Círculo Febrasgo-Sogesp-Libbs*

Após as descrições de diferentes enquadramentos diagnósticos e soluções sugeridas para as controvérsias em torno da associação das pílulas combinadas ao risco de TEV, busco sistematizá-las nesta seção. Início comentando o “círculo” que nomeei Febrasgo-Sogesp-Libbs, que também foi objeto das descrições do capítulo 2. Como expliquei na introdução deste capítulo, tal “círculo” se refere a um corte agencial que busca evidenciar as práticas daqueles mais próximos à Febrasgo, à Sogesp, ao documento de recomendações da Febrasgo e à campanha “Vamos Decidir Juntos”. A proximidade com a empresa Libbs perpassa de maneira

significativa todas essas atuações, já que é patrocinadora e apoiadora de grande parte das atividades descritas em relação a esse círculo. Destaco que se trata de uma empresa que comercializa diversas pílulas anticoncepcionais de terceira e quarta geração que não estão disponíveis no SUS. As principais atuações descritas são dos ginecologistas Marcelo, Frederico e Leandro (ver Quadro 5), que trabalharam ao longo de suas carreiras com diferentes empresas farmacêuticas, além de atuarem no sistema privado, tanto em consultórios quanto em faculdades ou centros universitários. Nesse sentido, parecem falar prioritariamente para ginecologistas que trabalham também em consultórios privados ou no sistema suplementar. Dentre os ginecologistas citados nesta tese, são os mais ativos em diferentes associações de ginecologia.

O enquadramento diagnóstico associado a esse círculo atribui a responsabilidade pelas recentes controvérsias à imprensa tradicional, às mídias sociais, à desconfiança dos médicos (em sua relação com a indústria farmacêutica) e à falta de conhecimento e de comunicação sobre riscos. Embora se reconheça, em alguma medida, que esse quadro atinge também aos médicos, produzindo insegurança dentre eles, isso é pouco enfatizado. A ênfase, então, recai sobre como tal quadro afetaria as mulheres as deixando confusas. Por um lado, “as mulheres” aparecem nesse enquadramento de duas formas: “hormonofóbicas” ou demandando hormônios que não são considerados seguros pelas associações de ginecologia. Essa precaução excessiva ou imprudência em relação aos hormônios é relacionada, portanto, à influência das “mídias” sobre as mulheres, não sendo atribuídas diretamente aos médicos ou à indústria. Assim, elas não circulam como responsáveis em relação às suas ações, mas sobretudo como vítimas da atuação das mídias e da falta de conhecimento.

“O médico”, por sua vez, aparece como estando em meio às duas demandas - as que têm medo e as que pedem hormônios “demais” - tendo que fornecer sua “opinião”, que não é necessariamente levada em consideração. Os ginecologistas, nesse enquadramento, seriam “bombardeados pela indústria, pelas evidências e pelas mídias sociais”, também aparecendo como vítimas, portanto, das empresas farmacêuticas, das pesquisas epidemiológicas e da multiplicidade de fontes atuais, principalmente as mídias sociais. “As mulheres” não aparecem como atores fazendo pressão sobre os médicos, ainda que as “mídias sociais” sejam essa “entidade” mais próxima das pacientes, já que suas reivindicações aparecem sobretudo ali. Novamente, contudo, não são elas que são tidas como agentes principais, mas induzidas ao erro por essas “mídias”.

Qual seria, portanto, a atuação apropriada por parte dos ginecologistas a fim de resolver as controvérsias em relação às pílulas combinadas? Nesse círculo, o “ginecologista moderno”

aparece como um tradutor e intérprete dos riscos epidemiológicos de forma “acessível” às pacientes. Busca-se mostrar aos ouvintes qual é a forma “correta” de interpretar esse risco, que deve ter o objetivo de “tranquilizar” e “motivar” as mulheres a ficarem seguras. A forma correta de interpretar, portanto, é apresentada como aquela que coloca o risco “em perspectiva” e que mostra que as pílulas são seguras; é a comunicação da existência de risco sem “passar o receio”. O primeiro passo para isso, no entanto, é convencer os próprios médicos da segurança das pílulas. Assim, as estratégias empregadas para convencer as potenciais usuárias da segurança do dispositivo são primariamente utilizadas para convencer os próprios ginecologistas.

A primeira dessas estratégias é a diferenciação entre risco relativo, absoluto e atribuível e a indicação da forma em que o risco deve ser explicado às pacientes - sempre em termos de risco absoluto ou atribuível. A necessidade de se tratar do risco dessas formas é justificada em termos da maior aceitação da pílula quando inserida nesse quadro. Nem sempre é explicitado, no entanto, os motivos pelos quais se considera a aceitação da pílula como positiva. Há, nessa direção, investimento em pesquisas sobre os efeitos que os diferentes enquadramentos de risco têm nas decisões das pacientes. Não se trata, portanto, apenas de quantificar o risco, mas de qualificá-lo como “baixo” e “aceitável” para os médicos ouvintes e para as potenciais usuárias. Essa estratégia sozinha não parece funcionar nem mesmo com a maioria dos médicos participantes dos congressos, como vimos na descrição do *lunch meeting* da Libbs no 57º CBGO.

Aparecem então as diversas comparações do risco de TEV associado às pílulas combinadas com diferentes situações. A mais comum é com o risco de TEV na gravidez e no puerpério, que permitem duas considerações. Por um lado, a gravidez parece ser entendida, em alguma medida, como um estado necessário da mulheridade (real ou potencial) e, por isso, trata-se de um padrão com o qual se deve comparar o risco associado às pílulas. Por outro lado, parece estabelecer e naturalizar que há apenas duas possibilidades para as mulheres “em idade reprodutiva”: a gravidez ou o uso de pílulas anticoncepcionais. Não se considera, nessa comparação, a diferença entre os benefícios de uma gravidez desejada e do uso das pílulas (que não são a única forma de contracepção disponível) nos enquadramentos produzidos por aquelas que vivenciam tais situações.

Além disso, o enquadramento da pílula como a principal ou mesmo única maneira de uma mulher (cisgênero, como se é pressuposto) não estar grávida contribui com a naturalização da associação entre mulheridade e gravidez e materializa a pílula como a tecnologia que pode desfazer essa associação (como vimos no capítulo 1). Configurações em torno da percepção da

fertilidade são bastante críticas ao vínculo entre pessoas com ciclo menstrual (na linguagem da ginecologia hegemônica, “mulheres em idade reprodutiva”) e fertilidade constante. Um questionamento recorrente quanto ao uso da pílula é: por que tomar um remédio todos os dias se o corpo é potencialmente fértil em menos da metade dos dias de um mês? Elas acusam os médicos de fazerem “terrorismo” ao promoverem as pílulas combinadas e levarem as mulheres a acreditar que a gravidez é uma “ameaça” constante, que pode acontecer a qualquer momento (Klöppel, 2017). Nesse sentido, o consumo diário da pílula reforçaria, na usuária, a sensação de que estar infértil é uma condição que depende do consumo do remédio, ao mesmo tempo em que facilitaria o entendimento de sua própria “natureza” como sempre potencialmente grávida.

Ademais, uma certa biologização da mulheridade e o estabelecimento de uma relação de continuidade performada entre estrogênio, a mulheridade e o risco de trombose também é expressa na fala de Eduardo quando diz que “a mulher tem trombose o tempo todo”. Nesse sentido, a naturalização da relação entre estrogênio e mulheridade viabiliza o aumento desse hormônio em seu corpo como “aceitável”, independentemente dos riscos acarretados. Nessa mesma direção, enquanto as comparações com os riscos de outros métodos contraceptivos não ganham visibilidade nesse círculo, reitera-se a impossibilidade de risco zero de trombose associado à mulheridade, como quando Marcelo “corrige” os comentários no “Adeus Hormônios”, que associam o preservativo à ausência de risco de TEV.

A ênfase na impossibilidade de risco zero aparece também quando Frederico afirma que “qualquer intervenção tem risco”, a partir de uma analogia com a aspirina, um medicamento tomado como padrão de segurança. A comparação não serve para chamar a atenção para o risco pouco conhecido de gastrite hemorrágica associado ao remédio, mas para sublinhar que riscos são onipresentes e, portanto, aceitáveis.

Da mesma forma, a comparação do risco de TEV associado às pílulas com o risco de outras práticas, que nem sempre envolvem médicos ou medicamentos, como tabagismo, obesidade, voos longos, grandes períodos de tempo na mesma posição, também serve ao propósito de minimizar o primeiro. Como nem todas essas práticas são usualmente criticadas, conclui-se que não pode ser justo que se direcione tamanha responsabilidade à pílula. Além disso, desconsidera-se que esses riscos são cumulativos, ou seja, o uso de pílulas não impede que essas práticas também façam parte da vida das usuárias. A adição desses elementos na análise do risco também acaba por produzir incerteza quanto à associação das pílulas ao risco de trombose, já que são apresentados como “fatores confundidores”. Dessa forma, produz-se a possibilidade de deslocamento do risco para a usuária e sua vida.

Quanto à importância da comunicação do risco aumentado de TEV associado às pílulas combinadas, há certa ambiguidade. A ênfase na forma que esse risco deve ser apresentado acaba por sublinhar, por um lado, a importância dessa comunicação (e possivelmente o reconhecimento de que não é bem feito). Mas, apesar da admissão de que essa é a maior reclamação das mulheres que vêm a sofrer de TEV - não terem sido avisadas quanto ao risco - essa falta não é inserida como um problema no enquadramento diagnóstico das controvérsias produzido nesse círculo. Não teria essa falta de aviso influência na desconfiança em relação aos médicos, por exemplo? Essa não é uma hipótese levantada.

Além disso, levando-se em consideração o estímulo à modulação desse risco na comunicação às pacientes - não se trata apenas de apresentá-los, mas de demonstrar que é um risco “baixo” e “aceitável” - pergunto-me se uma paciente que optasse por fazer uso da pílula nessa situação e acabasse sendo vítima de TEV não se ressentiria, da mesma forma, do médico que a convenceu que o risco era baixo. Essa não parece ser uma preocupação do círculo mais próximo da Febrasgo e da Sogesp. Ademais, os parâmetros em torno do que é um risco baixo ou aceitável não fica explícito. Seriam os limites aqueles dados pelo risco de TEV na gravidez e puerpério, já que é a comparação mais recorrente? Seria aceitável para esses médicos que as usuárias convivessem por tantos anos com um risco tão alto de TEV, mesmo com a existência de outros métodos contraceptivos disponíveis? Esse limite não é discutido ou apresentado.

Outro tema que começou a aparecer a partir de demandas do coletivo “Vítimas de Anticoncepcionais” e que circularam na mídia tradicional e nas redes sociais foi a necessidade ou não de exames de trombofilia para prescrição de pílulas. É na resposta a essa demanda - na qual enfatizam a dispensabilidade desses exames - que a suficiência da avaliação médica é sublinhada. Da mesma forma que em relação à comunicação dos riscos, parece haver a pressuposição de que tal avaliação - que deveria incluir investigação sobre casos de trombose na própria paciente e em familiares de primeiro grau, além da verificação das contraindicações - é realizada pelos médicos, já que uma possível falha nesse sentido não entra no diagnóstico como um problema que contribui com as controvérsias a que respondem.

Chamo atenção aqui também para um conflito que parece haver entre a lógica do risco e a lógica da suscetibilidade (relacionada, por sua vez, à otimização), como entendidas por Rose (2007). Conforme o autor, embora as duas lógicas estejam relacionadas à presentificação dos futuros potenciais a fim de submetê-los a cálculos e remediação, a primeira é epidemiológica e se utiliza de escalas de risco baseadas na probabilidade das doenças com base em diferentes grupos (histórico familiar, gênero, raça, idade, peso, tabagismo etc.). A



lógica da suscetibilidade, por outro lado, busca a individualização corporal desse cálculo a partir de testes genéticos, triagens e outras tecnologias, permitindo ir além dos indicadores de risco da epidemiologia e prometendo personalização dos diagnósticos e prescrições no lugar das práticas de tentativa e erro (Rose, 2007, p. 86-88).

No caso em questão, essa lógica de suscetibilidade e personalização aparece na demanda das pacientes e é questionada pelos protocolos médicos da OMS e da Febrasgo. Os argumentos mais comuns contra a realização dos exames citam a raridade da condição e o seu alto custo, que fazem referência, portanto, a uma racionalidade econômica de “custo-efetividade” aplicada principalmente nos sistemas de saúde centralizados (pública ou suplementar). Em uma das apresentações foi citado um modelo hipotético no qual dez mil pacientes que desejam fazer uso de contraceptivos orais combinados são submetidas ao rastreamento para trombofilia. Nesse modelo, concluiu-se que “apenas três casos de trombose seriam prevenidos” (levando em consideração um risco absoluto de sete casos de trombose a cada dez mil mulheres usuárias de pílulas combinadas por ano)<sup>186</sup>.

Contudo, outros argumentos em defesa do não rastreamento de trombofilia em potenciais usuárias de contraceptivos combinados também apareceram. Primeiro, recorreu-se a uma separação entre o diagnóstico de trombofilia e a ocorrência de TEV, com o argumento de que há sobreposição em apenas metade dos casos. Dessa forma, o diagnóstico não traria garantias em nenhum dos sentidos. Por outro lado, os exames poderiam trazer um “estigma para a mulher”, limitando-a “nos efeitos positivos contraceptivos e extracontraceptivos”. Aqui, os exames de trombofilia também são analisados em termos de riscos e benefícios. Seu possível risco (além do custo alto para a saúde pública ou suplementar) seria o “estigma” que impedisse a potencial usuária de usufruir dos efeitos contraceptivos e extracontraceptivos (benéficos) das pílulas, enquanto os benefícios do próprio exame - evitar a ocorrência de trombose - não seriam garantidos. Assim, os próprios benefícios das pílulas entram na balança pesando contra os exames e a favor da possível prescrição mesmo em casos onde o risco é possivelmente maior que a média. Não se supõe que esse sopesamento deva ser feito pela

---

<sup>186</sup> Esse modelo foi citado na apresentação realizada por Laura, também membro da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo, intitulada “É necessário solicitar algum exame antes de iniciar os métodos contraceptivos?”. Assisti à apresentação no Congresso da Sogesp de 2020, realizado online, e foi parte do curso online “Atenção Primária em Ginecologia”. Fazia parte de um curso, portanto, que focava mais nas práticas do SUS. A referência para o modelo citado na apresentação foi uma revisão sistemática e análise de custo-efetividade do rastreamento de trombofilia em situações de alto risco, incluindo a terapia de reposição hormonal, o consumo de contraceptivos orais combinados, a gravidez e a cirurgia ortopédica. Conclui-se que a análise de história prévia de TEV é mais custo-efetiva que o rastreamento universal em todas as situações consideradas (Wu et al., 2006).

usuária em potencial, mas pelo próprio médico, o que constitui uma das reclamações de Carla Castro na audiência pública.

O trabalho de Joseph Dumit (2012), intitulado “*Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*”, traz uma reflexão importante sobre a lógica da suscetibilidade, embora não use esse conceito, e seu efeito na vida das pessoas. O autor argumenta que houve um crescente empenho, por parte da indústria farmacêutica, em promover a conscientização das pessoas em torno dos seus próprios riscos (ou pré-doenças) e em incentivar a intervenção precoce para fins de prevenção de danos futuros. Nesse sentido, os ensaios clínicos patrocinados em sua maioria por essa indústria produzem informações e expectativas sobre tais riscos e tratamentos, visando a aumentar seus mercados. Descrevendo um quadro no qual qualquer risco passa a ser tratado como um estado de “falta de saúde”, o autor apresenta várias das estratégias de *marketing* utilizadas a fim de produzir sujeitos preocupados e interessados em saber seus próprios riscos e dispostos a buscar tratá-los, ainda que não apresentem sintomas. Nas palavras do autor, “o risco perdeu seu sentido de probabilidade ou de possibilidade futura; em vez disso, tornou-se uma condição ruim presente e mensurável” (Dumit, 2012, p. 127, tradução minha).

Meu argumento aqui é que o enquadramento da saúde como ausência de riscos, ao circular de forma ampla, pode, como é o caso da demanda por exames de trombofilia, entrar em conflito com a lógica do risco epidemiológico, que predomina na ginecologia hegemônica quando se trata de contracepção. Se qualquer risco é visto como algo negativo que demanda uma ação preventiva, como lidar com um medicamento (as pílulas combinadas) que aumenta esses riscos ao mesmo tempo em que não trata nenhuma doença?

Dumit (2012) faz algumas reflexões sobre o uso de estatinas, que são medicamentos indicados para redução do colesterol “ruim” (LDL) e, conseqüentemente, do risco cardiovascular. Trata-se, portanto, de um medicamento para tratar um risco, mas algumas de suas reflexões iluminam alguns pontos sobre as controvérsias em torno das pílulas combinadas e o risco de TEV. O autor cita um caso que ocorreu em 2002, na qual um tipo de estatina (chamada Baycol) foi retirada do mercado estadunidense pelo FDA. A droga foi associada a 31 mortes resultantes de um efeito colateral raro chamado rabiomiólise, uma degradação do tecido muscular que pode causar insuficiência renal e morte. Em consequência, os cardiologistas ficaram preocupados prevendo que usuários de estatinas em geral abandonassem o uso por medo dos riscos que a droga poderia apresentar. Conforme Dumit, os médicos diziam que a questão, a partir de então, seria acalmar os pacientes, que estavam

compreensivelmente confusos. Isso significava, na prática, educá-los individualmente sobre quais sinais procurar para identificar potenciais efeitos graves e sobre a relação entre benefícios e riscos da tomada do medicamento (Dumit, 2012, p. 131). Dumit então comenta a “ironia pós-moderna” presente na controvérsia e na solução apresentada pelos médicos: “em uma era da psiquiatria biológica, os médicos ocupam a posição de terapeutas em relação ao medo e pânico de seus pacientes” (Dumit, 2012, p. 131, tradução minha).

Dumit comenta ainda que muitas vezes são as evidências mesmas - supostamente capazes de acalmar e desfazer as confusões - que se tornam motivos de alarme, e não só entre pacientes, mas também entre médicos. O dilema, conforme descreve Dumit, é:

Como garantir que as pessoas estejam preocupadas o suficiente para verem seus médicos, mas não muito preocupadas com os medicamentos que receberão? Ironicamente, o pânico, a ansiedade e a depressão gerados pelas evidências são tratados e administrados psicologicamente pela mesma indústria que fabrica medicamentos para tratar desses mesmos fenômenos como doenças biológicas (Dumit, 2012, p. 131, tradução minha).

O paralelo dessa situação com a das pílulas é notável. Dumit descreve um caso no qual o próprio risco do remédio indicado para tratar outro risco se torna um problema a ser resolvido pelos médicos. Da mesma forma que no caso das pílulas combinadas, a solução apresentada é acalmar pacientes apresentando a relação entre riscos e benefícios e incentivando que continuem utilizando o medicamento. Nesse sentido, Dumit afirma que a “não adesão ao remédio prescrito é vista como um problema de gestão informacional e emocional que é consistente tanto com a ética do cuidado quanto com a ética do consentimento informado.” Nesse quadro, tal gerenciamento deve ser realizado pelos médicos a partir do enquadramento das evidências para os pacientes, a fim de levá-los a tomar a decisão informada “correta”. No caso das estatinas, isso significa que “pacientes devem ser devidamente informados sobre quão bons são os remédios e quão verdadeiramente baixos são seus efeitos colaterais. E os pacientes devem ser ensinados a aceitar esses dados com calma e sem suspeitas” (Dumit, 2012, p. 129-130, tradução minha).

Algo muito similar acontece em relação às pílulas e seus riscos: a missão dada aos ginecologistas é a tradução das evidências - sem muitas discussões sobre como são produzidas - de forma a fazer com que as pacientes não abandonem o uso do medicamento. O que as descrições do trabalho de Dumit e desta tese indicam é que para a indústria farmacêutica e os médicos mais próximos a ela, o risco importa (e deve levar a alguma ação preventiva) apenas quando essa ação é fazer uso de medicamentos, nunca quando se trata de interrompê-lo.

Isso não significa dizer, no entanto, que a prática clínica dos médicos siga essas diretivas em todos os casos. Vimos como grande parte dos ouvintes votou de forma mais inclinada à realização dos exames de trombofilia e como uma das ginecologistas da plateia insistiu que continuaria pedindo o exame antes da prescrição para fins de autoproteção. Afinal, são os médicos clínicos, e não os epidemiologistas, que vão ter que lidar com as pacientes em caso de ocorrência de TEV ligada ao uso de anticoncepcionais. Embora os médicos mais próximos da Febrasgo entendam que o ginecologista deve atuar dessa forma, a prática clínica atua em circunstâncias diversas e pode ter outras prioridades. Ainda que não seja o foco dessa pesquisa, é razoável supor que as exigências das pacientes - sejam as que buscam os benefícios ou que são cautelosas - possam exercer também alguma influência sobre os médicos em algumas configurações.

Por outro lado, não se trata necessariamente de defender a lógica da suscetibilidade e da medicalização da prevenção presente na demanda por exames de trombofilia antes da prescrição das pílulas. Dumit relaciona o debate sobre os limites (ou não) da prevenção ao que Foucault chamou de “riscos da segurança”. Levando em consideração que os limites são estabelecidos empírica e experimentalmente, se não temos critérios explícitos, eles serão decididos de alguma forma sobre a qual não temos controle. Dumit questiona:

O modelo de saúde em massa não nos diz o que fazer com os riscos descobertos, se eles merecem ser tratados como uma doença ou se vale a pena tratá-los - essas decisões requerem discussão social sobre custos, benefícios, estilos de vida, equidade e justiça. Enquanto conceito e um conjunto de práticas, a saúde em massa também não nos diz quais doenças e riscos estudar. Quando estas questões são deixadas ao critério das empresas, elas o fazem com base em critérios muito específicos com os quais nós, como cidadãos, podemos não concordar: tamanho do mercado e lucro (Dumit, 2012, p. 134, tradução minha).

Outra questão que aparece quando se advoga pela dispensabilidade dos exames de trombofilia antes da prescrição de pílulas combinadas é a defesa da capacidade médica de fazer a seleção adequada das pacientes. Principalmente nos vídeos da campanha “Vamos Decidir Juntos”, que têm como público as potenciais usuárias das pílulas, a alternativa ao exame de trombofilia apresentada é a avaliação médica a fim de identificar aquelas que já possuem risco “por si próprias” - e aqui novamente o risco é deslocado da pílula para a usuária - para que outros exames sejam requeridos. Nesse sentido ainda, ao sublinhar a importância de identificação da paciente “em risco”, subestima-se a importância do risco para as usuárias que não são marcadas como tal. Ao mesmo tempo, quando ocorre um caso de trombose em uma pessoa que até então era considerada saudável, mas retrospectivamente se identifica uma

trombofilia genética, atribui-se a ocorrência da doença à condição e não à falha na avaliação médica.

É interessante contrastar algumas dessas descrições com o trabalho de Alina Geampana (2019a), que estudou os processos de avaliação de risco de TEV nas pílulas com drospirenona nas agências regulatórias FDA e Health Canada. Segundo a autora, nos documentos e reuniões nos quais buscavam estabelecer a segurança (ou não) do medicamento, os epidemiologistas argumentavam que um viés na prescrição dessas pílulas pelos profissionais de saúde poderia ser a causa das pesquisas terem encontrado uma associação entre esse tipo de pílula e um maior risco de TEV (em comparação com outras pílulas). Discutia-se, assim, se as práticas de prescrição poderiam distorcer as taxas de incidência nos estudos epidemiológicos (Geampana, 2019a). É curioso que enquanto nessas reuniões cogitava-se que uma das causas do aumento da incidência de TEV poderia ser as práticas de prescrição, nos congressos de ginecologia aqui analisados, argumenta-se que são essas mesmas práticas que poderiam evitar com que a incidência seja a mesma descrita nas pesquisas epidemiológicas. E ao mesmo tempo, o risco é novamente deslocado para as usuárias em potencial, seja por trombofilia hereditária ou adquirida.

Chamo atenção ainda para a ausência de destaque para as contraindicações das pílulas combinadas nas apresentações desse círculo, reforçando a hipótese de que uma falha médica nesse sentido não é reconhecida como possibilidade. Da mesma forma, a orientação antecipatória quanto aos sintomas de TEV, a fim de que, em caso de ocorrência da doença, a usuária de pílula possa buscar atendimento o mais cedo possível, também não ganha muita ênfase, aparecendo apenas no documento de recomendações da Febrasgo. Por fim, da mesma forma, a ausência de destaque na comparação com outros métodos, bem como qualquer ênfase na necessidade de a escolha ser da paciente também é digna de nota.

### *3.5.2 Círculo XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia*

O segundo círculo que descrevi, em torno do XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia realizado em 2018 em Porto Alegre, foi uma configuração um pouco mais distante da Febrasgo. Com exceção de Jéssica, professora de uma universidade pública e coordenadora de um ambulatório de planejamento familiar - o que a diferencia dos médicos do primeiro círculo -, os outros citados não fazem parte da Comissão de Anticoncepção da Febrasgo e nem são muito atuantes na associação. Guilherme e Paula, os outros dois médicos entrevistados, não são especialistas em contracepção, mas da mesma forma que Jéssica, atuam no sistema público e privado.

Em comparação com o primeiro círculo, busquei chamar atenção para algumas diferenças nos enquadramentos diagnósticos das controvérsias produzidos nessa configuração. Na apresentação de André, vemos algumas semelhanças e diferenças importantes. Enquanto o médico também enfatiza a importância da imprensa tradicional na existência das controvérsias, reconhece a atuação médica que “deu substrato”, com as pesquisas, para que as mulheres se preocupassem. Além disso, reconhece tanto o espanto médico com o questionamento das mulheres quanto o direito delas de decidirem sobre os métodos, ainda que as motivações não sejam compartilhadas com os médicos.

Nesse sentido, a atuação dos médicos, nesse enquadramento, aparece como diferente daquela apresentada anteriormente. Ainda que a “informação” seja também central aqui, enfatiza-se a necessidade de respeito às escolhas, à proposição de alternativas que se adequem às vidas das pacientes e à divisão de responsabilidades (quanto ao risco). Levando-se em consideração a ênfase que o médico dá a essas “soluções” para as controvérsias, parece reconhecer que não são tidas como óbvias por seus pares, podendo constituir, assim, parte do problema diagnosticado. Difere de maneira significativa, ainda, em sua apresentação de métodos como os preservativos e as práticas de percepção da fertilidade, que não são citados como possibilidades no primeiro círculo.

Já na apresentação pública de Jéssica, há uma maior proximidade com o círculo anterior, principalmente quando reafirma que a pílula “nunca foi tão segura” e que “não existe risco zero”. Além disso, quando lembra que, afinal, “tratam-se de hormônios”, que sendo “nossos” ou não, sempre “causam problemas”, reitera-se um arranjo no qual se naturaliza a influência dos hormônios sobre os corpos - principalmente associados à mulheridade - e os riscos que acarretam. Por outro lado, sua ênfase na dificuldade da prescrição e na exigência de conhecimento (por parte dos médicos) para indicação de pílulas, que “não pode ser automática” e deve ser feita de maneira individualizada e com responsabilidade, a diferencia. Ao colocar a situação nesses termos, implicitamente reconhece que há médicos que não agem dessa maneira, o que poderia contribuir com a existência das controvérsias. Ademais, ao enfatizar a necessidade de individualização da prescrição, aponta para a impossibilidade de universalização dos critérios e limites. Contudo, não explicita os protocolos que poderiam orientar essa análise da prescrição individualizada para além das contraindicações estabelecidas pela OMS (pouco citadas, como vimos), que são tidas como universais. Critérios específicos de individualização aparecem com mais detalhes apenas quando se referem aos benefícios, como veremos no capítulo 5.

Ainda nesse círculo, vimos a intervenção de Arthur, ginecologista ouvinte do Congresso que criticou a minimização dos riscos das pílulas nas apresentações e questionou a influência da indústria farmacêutica. A forma que apresentou sua indagação chama atenção ainda para o fato de que os riscos das pílulas combinadas nunca são discutidos conjuntamente. Não se leva em consideração riscos como trombose, câncer de mama, depressão, náusea, dores de cabeça e nas mamas, irregularidades menstruais, efeitos na libido, dentre outros, ao mesmo tempo, enquanto os benefícios, quando apresentados, são enfatizados de maneira agrupada. As respostas de Jéssica e André ao questionamento diferiram. A primeira reafirmou necessidade de informar os riscos antes da prescrição e da responsabilidade do médico em bem avaliar a potencial usuária, mas não se referiu a métodos contraceptivos não hormonais (embora tenha citado a maior segurança cardiovascular das pílulas de segunda geração em relação às de terceira/quarta) e não se referiu à influência da indústria farmacêutica como problema. Já o segundo reforçou a necessidade de uma análise reflexiva sobre a prescrição para não sucumbir aos automatismos, com os quais contribuiriam também a indústria farmacêutica.

A partir das entrevistas, descrevi ainda outras possibilidades de enquadramentos diagnósticos das controvérsias em torno das pílulas, bem como soluções apresentadas para elas; algumas se aproximam mais das propostas pelo círculo mais próximo à Febrasgo e outras menos. Quanto ao enquadramento diagnóstico, por exemplo, Jéssica, Paula e Guilherme se referiram à contribuição da mídia (e seu “sensacionalismo”) para o aumento da preocupação das mulheres, embora Jéssica tenha afirmado que se trata do papel legítimo da mídia divulgar tais dados. Quanto às razões atribuídas às preocupações das mulheres, apareceram uma busca por práticas mais naturais (Jéssica), medo de trombose (Paula) e busca por saúde, bem-estar e minimização dos efeitos colaterais (Guilherme). Paula acrescentou ainda a pressão de pessoas próximas, também influenciadas pela mídia, que incitam as mulheres a interromper o uso de pílulas combinadas.

Paula e Guilherme atribuem mais falhas ao atendimento médico que Jéssica. A primeira afirma que os médicos mais velhos têm preferência por métodos hormonais e não são abertos a outras alternativas, mas acredita que isso está mudando com médicos mais jovens. Além disso, reconhece que é comum que não se apresentem todos os métodos contraceptivos disponíveis, seus riscos e taxas de falha. Segundo a médica, isso aconteceria no SUS e no sistema suplementar pela necessidade de atendimento de muitas pacientes em pouco tempo; no primeiro caso, para não deixar pacientes esperando, e no segundo, pela baixa remuneração dos convênios de saúde aos médicos. Afirma ainda que é comum realizar consultas mais longas

quando trata da sua área de especialidade, que não é contracepção (que associa à ginecologia geral). Já Guilherme afirmou que os ginecologistas não avisam às mulheres sobre os riscos e isso contribuiu para que se sentissem enganadas quando souberam sobre o risco de TEV. Também reconhece que as consultas em geral não são longas o suficiente e, da mesma forma que Paula, atribui parte desse problema à alta demanda do SUS.

Quanto às soluções propostas, Jéssica e Paula se aproximam bastante do círculo mais próximo à Febrasgo. Afirmaram a importância de os ginecologistas explicarem o “risco real” e sua “significância” (baixa) à paciente. Apareceram também as comparações com as pílulas do passado, com o risco de TEV na gravidez e puerpério e a ênfase no (baixo) risco absoluto. Jéssica, contudo, enfatizou a necessidade de respeitar as decisões das pacientes caso não queiram fazer uso de hormônios (e propôs o uso de DIU de cobre para elas) e Paula sublinhou que o “ideal” seria ter mais tempo com cada paciente. Já Guilherme diferiu um pouco mais ao sublinhar, além da necessidade de apresentação de todos os métodos e seus riscos, que cabe à paciente estabelecer se tal risco é alto ou baixo. Nesse sentido, parece dar mais espaço para que aquelas que buscam por um método contraceptivo acrescentem outros elementos de suas vidas à análise de segurança que fazem dos dispositivos. Da mesma forma, Guilherme faz ressalvas à comparação com o risco de TEV na gravidez, enfatizando a diferença temporal que se fica exposta ao risco em cada caso.

Por fim, nas apresentações e entrevistas do segundo círculo, percebemos que, em geral, a forma de contracepção não hormonal reconhecida como legítima é o DIU de cobre. Contudo, dificilmente é citado espontaneamente, aparecendo principalmente como alternativa para aquelas que recusam as pílulas. No próximo capítulo, discutirei, a partir de outro recorte, o enquadramento no qual o DIU de cobre assume maior importância, mas adianto aqui que, quando associada quase que exclusivamente aos métodos hormonais ou ao DIU de cobre, faz sentido descrever a contracepção, como faz Pedro, como uma atividade “eminente médica”. A mesma conclusão é inferida da fala de Jéssica, que entende que as mulheres deveriam ter consultas ginecológicas para uma melhor decisão a respeito do método contraceptivo (ou mesmo para interromper o uso), e mesmo da campanha “Vamos Decidir Juntos”, que tem como objetivo que essa decisão seja tomada de forma conjunta entre mulheres e médicos.

Com isso, reafirma-se ao mesmo tempo que o problema não é a pílula, mas a falta de acompanhamento médico, o mesmo argumento presente nas primeiras controvérsias no fim dos anos 1960, como exposto no primeiro capítulo. Pensar o uso de preservativos, por



exemplo, para nos referirmos a um método bastante utilizado e que protege de infecções sexualmente transmissíveis, como uma questão médica, no entanto, tem muito pouco espaço nesse quadro, já que o assunto é pouco mencionado<sup>187</sup>. A exceção, dentre todas as apresentações que acompanhei, foi a de André, que citou a percepção da fertilidade e os preservativos como alternativas contraceptivas legítimas. Nas entrevistas, Guilherme se destacou também mencionando percepção da fertilidade e preservativos, além da importância da divisão da responsabilidade contraceptiva entre homens e mulheres.

### 3.5.3 *Ginecologia feminista e outros enquadramentos possíveis*

Finalmente, descrevi alguns dos enquadramentos diagnósticos e soluções propostas por um círculo ainda mais distante do circuito hegemônico da ginecologia, apresentadas pela médica Halana Faria, integrante do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, e por Carla Simone Castro da Silva, articuladora da página “Vítimas de Anticoncepcionais. Unidas a Favor da Vida”. Essas descrições servem como contraste a fim de iluminar aspectos e considerações que são excluídos dos âmbitos mais “oficiais” da ginecologia, que acabam por ficar de fora da análise de segurança das pílulas anticoncepcionais. Se Halana Faria concorda com outros médicos citados que os ginecologistas devem atuar como “tradutores de evidências”, ela inclui outros elementos como “evidências” que ficam de fora nos outros enquadramentos. Carla Castro, vítima de trombose associada ao uso de pílulas combinadas, acrescenta ainda outros elementos a partir do agrupamento de relatos de experiências de outras vítimas que, em sua elaboração, tornam-se também evidências que colocam dúvidas sobre os enquadramentos médicos hegemônicos.

Essas atuações apontam para a falha médica em vários aspectos que receberam menos ênfase nas outras apresentações: na comunicação de riscos e efeitos colaterais das pílulas, na avaliação criteriosa de risco antes da prescrição, na apresentação de métodos contraceptivos não hormonais, na orientação sobre sintomas de TEV, no diagnóstico precoce da doença, na oferta de exames de trombofilia e na escuta para os efeitos colaterais relatados. A própria Anvisa também aparece como falhando tanto em fiscalizar a prescrição adequada quanto com seu sistema de notificação dos efeitos adversos. Carla, sobretudo, entende que seria papel da agência reunir os números de TEV a fim de identificar o risco de TEV associado às pílulas

---

<sup>187</sup> Os métodos de barreira são muito pouco discutidos nos debates sobre contracepção. Os preservativos aparecem apenas associados à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e, ainda assim, de forma pouco enfatizada. Constantemente se supõe que é insuficiente enquanto contraceptivo e que casais relacionamentos heterocissexuais monogâmicos não os utilizam.

combinadas no Brasil que, por conta dos aspectos mencionados anteriormente, poderiam ser maiores que pesquisas epidemiológicas realizadas em outros lugares. Halana Faria também reivindica a necessidade de pesquisas sobre outros efeitos colaterais associados às pílulas que não recebem a devida atenção, ainda que as mulheres insistam em reconhecê-los.

Não apenas se chama a atenção para a invisibilidade relativa do DIU de cobre e das práticas de percepção da fertilidade, os dois métodos contraceptivos citados, Carla Castro também critica o que chama de reforço, no Brasil, da “obrigatoriedade feminina para a contracepção”. Da mesma forma que Guilherme, portanto, aponta para a desigualdade no trabalho reprodutivo. Sobre isso, alguns comentários sobre os modelos de risco implicados são relevantes. Nelly Oudshoorn (2003), estudando os processos de (tentativa de) materialização de contraceptivos hormonais para os homens, mostra que, a partir dos anos 1970, com as críticas à desigualdade no trabalho contraceptivo e à sobrecarga das mulheres com seus efeitos colaterais, tiveram inícios reivindicações de contraceptivos masculinos.

Dessa forma, um dos principais argumentos para legitimação de tal tecnologia foi o compartilhamento dos riscos contraceptivos entre homens e mulheres. Sendo assim, poderia se supor que a avaliação de riscos desses dispositivos tivesse como base, portanto, o casal e não o indivíduo. Oudshoorn mostra, no entanto, que dentre as publicações sobre testes clínicos com contraceptivos masculinos entre 1970 e 2000, apenas uma utilizou desse modelo. Nesse único relatório, o autor concluiu que o contraceptivo deveria ser avaliado levando em conta os riscos e benefícios para o usuário e sua parceira (Handelsman, 1991 apud Oudshoorn, 2003, p. 108). A autora mostra ainda que houve tentativas de se incluir tal modelo na OMS, mas sem sucesso. Segundo a análise de Oudshoorn, as consequências de um modelo de risco individual prejudicam as mulheres. Ela reflete:

A implicação deste modelo de risco compartilhado seria que os riscos para os homens, como o risco de terem seus níveis de colesterol alterados, seriam sopesados contra os benefícios para a parceira, como a ausência de menstruação irregular (um efeito colateral de implantes contraceptivos como o Norplant) ou o risco reduzido de trombose (um efeito colateral das pílulas contraceptivas hormonais). Esse tipo de avaliação de risco é completamente ausente dos relatórios das triagens dos contraceptivos masculinos. As técnicas de representação para os riscos nos relatórios das triagens clínicas incluem apenas os riscos à saúde dos homens, o que reflete um modelo de risco individual. Ainda que esse modelo também seja predominante na pesquisa com contraceptivos femininos, há uma grande diferença. No modelo de risco individual para os homens, os riscos à saúde dos contraceptivos são comparados com as condições de homens saudáveis não medicados. Para as mulheres, os riscos à saúde dos contraceptivos são calculados contra o risco de gravidez, incluindo mortalidade e morbidade materna, riscos relacionados ao aborto, além de problemas psicológicos e sociais relacionados à gravidez indesejada (Foegh 1983: 9; Matlin entrevista 1994). Esse modelo de risco individual generificado tende a minimizar os riscos à saúde para as mulheres e aumentar os riscos para os homens. Tomar como referência homens

saudáveis, em última análise, transforma qualquer efeito colateral em uma aberração indesejada (Oudshoorn, 2003, p. 108-109, tradução minha).

Ou seja, a desigualdade de gênero no trabalho contraceptivo que a demanda por contraceptivos masculinos buscava superar foi incorporada na avaliação de risco dessas tecnologias inviabilizando sua materialização e desfavorecendo novamente as mulheres. Chamo atenção especialmente aqui para a comparação dos riscos de TEV associados à pílula com os riscos na gravidez e no puerpério, que se repetem na configuração descrita. Mas há, ainda, as comparações citadas por Oudshoorn (2003) em relação a outros riscos associados à gravidez indesejada. Tais riscos apareceram já neste capítulo com as falas de Marcelo e Eduardo, que enfatizaram como as pílulas “salvam vidas evitando a gravidez indesejada”. Tais comparações, contudo, merecem maior atenção e algumas delas serão objetos do próximo.

Voltando à apresentação de Carla Castro, é possível perceber como o acréscimo da experiência de mulheres vítimas de trombose por conta das pílulas anticoncepcionais modifica o enquadramento que se pretende purificado por meio das estatísticas e da epidemiologia. Quando se coloca em cena mulheres jovens (e até crianças!) mortas ou em estado vegetativo, bem como quando se apresenta o que é uma vida com sequelas de trombose, não é mais tão simples manter a caixa-preta do “risco aceitável” bem fechada. Quantas mortes são aceitáveis quando há opções contraceptivas - hormonais e não hormonais - que não aumentam o risco de TEV e são tão eficazes quanto as pílulas combinadas? O trabalho de Lara Marks (1999), intitulado “*‘Not just a statistic’: the history of USA and UK policy over thrombotic disease and the oral contraceptive pill, 1960s-1970s*” mostra como esse conflito é antigo. Mais recentemente, no caso das controvérsias em torno dos (possivelmente) ainda maiores riscos associados às pílulas com drospirenona, Alina Geampana (2019b), no artigo “*‘One Blood Clot Is One Too Many’: Affected Vocal Users’ Negative Perspectives on Controversial Oral Contraceptives*” indica que ele persiste não apenas no Brasil.

Entre as reivindicações de Carla Castro, aparecem ainda o pedido que a comunicação sobre o risco de TEV seja feita na embalagem do medicamento em questão, uma estratégia que busca diminuir a dependência dos médicos, a quem é atribuída a responsabilidade por essa comunicação. Da mesma forma, demanda que a notificação da TEV à agência sanitária seja obrigatória para os médicos, o que os vincularia de maneira mais direta a esses casos, inclusive com registro público. É uma forma de responsabilizá-los e torná-los mais cuidadosos com as prescrições de pílulas. Percebe-se, assim, as diferenças com os enquadramentos apresentados nos congressos (principalmente do primeiro círculo) nos quais poucas falhas médicas são

reconhecidas como causas das controvérsias em torno do risco de TEV associada ao uso de pílulas anticoncepcionais combinadas. Em geral, enquanto os ginecologistas mais próximos à Febrasgo insistem em diagnosticar um “superdimensionamento” desse risco, Halana Faria e Carla Castro - bem como tantas que têm se oposto à prescrição indiscriminada das pílulas - diagnosticam um “superdimensionamento” dos benefícios em detrimento dos riscos, e responsabilizam sobretudo ginecologistas e indústria farmacêutica por isso.

Vemos então como as materializações da segurança e risco variam de acordo com o aparato de produção dos quais são efeitos. Ao buscar descrevê-los, espero ter trazido mais elementos para refletirmos sobre o que tais práticas discursivo-materiais incluem e excluem. Retomando os ensinamentos de Annemarie Mol (2007), as práticas de conhecimento são inseparáveis das práticas de intervenção e, sendo assim, as direções das formas de intervenção já estão articuladas na própria apresentação da realidade, também constituída nas práticas das associações de ginecologia. Dessa forma, é necessário pensar tais conjuntos de práticas como coconstitutivas e não enquanto decorrentes umas das outras. Chamo atenção aqui para como as atuações dos ginecologistas - coproduzidas junto a diferentes instituições, documentos e congressos, dentre os quais destaco a Febrasgo e a indústria farmacêutica - são simultaneamente práticas discursivo-materiais de conhecimento e intervenção, que materializam realidades e condutas ao operarem traduções e materializações de segurança que têm um alcance considerável.

## **CAPÍTULO 4 - O risco da gravidez não planejada: a missão da ginecologia e o movimento em direção aos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração**

### **4.1 Os riscos da gravidez não planejada**

Este capítulo está em continuidade com o anterior na medida em que se trata ainda de descrever os aparatos de produção do “risco real” de TEV nas pílulas anticoncepcionais. Aqui, no entanto, trato de outro aspecto que aparece, nem sempre de maneira explícita, na performance da “realidade” desse risco: a comparação com os riscos de uma gravidez não planejada. No capítulo 3, já vimos como em duas situações as pílulas foram citadas como “salvando vidas” por evitarem a gravidez não planejada<sup>188</sup>. Aqui, portanto, explorarei os enquadramentos produzidos em relação a essa gravidez e o que tem sido proposto como solução para esse “problema de saúde pública”.

Relembro que minha tese é que a configuração em torno da Febrasgo - ao responder às preocupações a respeito do risco aumentado de tromboembolismo venoso (TEV) que circulam publicamente - têm enfatizado os supostos benefícios dos contraceptivos orais combinados e minimizado seus riscos, materializando, assim, a segurança desses artefatos. Levando-se em conta um enquadramento da “segurança” que contrasta “riscos” e “benefícios” do medicamento, detenho-me nesse capítulo sobre os enquadramentos dos riscos da gravidez não planejada, na medida em que é em relação a eles que os riscos das pílulas são muitas vezes comparados.

Entretanto, esse capítulo, diferentemente dos dois capítulos anteriores, descreve um círculo diferente associado à Febrasgo. Pude perceber, ao longo da pesquisa, que a discussão sobre gravidez não planejada se dá de maneira mais intensa em uma outra configuração, mais ligada aos serviços de saúde pública. Da mesma forma, percebi também que, nessa configuração, as pílulas não são defendidas com a mesma ênfase que o são naquelas descritas nos capítulos anteriores. Aqui, a constatação do crescimento de práticas de recusa às pílulas anticoncepcionais abre espaço para um reconhecimento de que as pílulas talvez não sejam a melhor opção contraceptiva e para a defesa dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs). Contudo, se as mulheres que vêm suspendendo o uso das pílulas justificam suas recusas por problemas de segurança, na configuração a ser descrita nesse capítulo vemos a pílula ser relativizada em sua eficácia (e pouco questionada em sua segurança).

---

<sup>188</sup> Refiro-me à apresentação de Marcelo na apresentação “Os riscos da contracepção hormonal são superdimensionados?” no congresso da Sogesp de 2019 e Eduardo na apresentação “Aspectos relevantes da trombose na mulher” no *lunch meeting* da Libbs no 57o CBGO.

A comparação do risco de gravidez não planejada apareceu no “Círculo Febrasgo-Sogesp-Libbs”<sup>189</sup> de maneira ainda tímida, apenas nas duas falas citadas acima. Por outro lado, no “círculo dos LARCs”, que é como chamarei o recorte com o qual trabalharei neste capítulo, essa é uma preocupação que aparece de maneira mais intensa. Assim, enfatizarei as apresentações de ginecologistas da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo que coordenam ambulatórios de planejamento familiar em universidades públicas e que mais trataram do “problema” da gravidez não planejada nos congressos que acompanhei: Jéssica, Larissa e Laura (conferir Quadro 5 no capítulo 3). São também médicas que abordam a temática a partir de um enquadramento da “saúde pública”, já que coordenam ambulatórios ligados aos SUS. Além de suas apresentações, trabalharei também com as entrevistas realizadas com Larissa, por telefone, no dia 09 de fevereiro de 2021, e com Jéssica, presencialmente, no dia 19 de setembro de 2018. Trabalharei ainda, de maneira complementar, com o círculo em torno do XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia, principalmente a parte final da discussão da mesa redonda sobre Anticoncepção realizada em 03 de agosto de 2018 em Porto Alegre.

Como os anteriores, o objetivo deste capítulo é descrever os efeitos desses enquadramentos de risco de TEV em associação à pílula no aparato de biomedicalização e no aparato de gênero. Além disso, levando em consideração as controvérsias anteriores descritas, empenho-me também em caracterizar e compreender algumas das especificidades dessas controvérsias atuais. Conforme vimos no primeiro capítulo, tensões entre práticas ligadas ao “controle populacional” e aos “direitos reprodutivos” ou “saúde reprodutiva” estiveram presentes na história da anticoncepção em geral, e das pílulas em particular, desde pelo menos os anos 1970. O objetivo principal aqui é compreender como tais práticas estão presentes atualmente na configuração em torno da Febrasgo, e se essas tensões ainda aparecem. Para introduzir esse debate, descrevo em seguida algumas das abordagens possíveis na avaliação da segurança de tecnologias contraceptivas propostas desde os anos 1960, conforme analisadas por Jessika van Kammen e Nelly Oudshoorn (2002).

---

<sup>189</sup> O “Círculo” Febrasgo-Sogesp-Libbs refere-se às apresentações do lunch meeting da Libbs no 57o CBGO, à plataforma “Vamos Decidir Juntos”, ao documento com recomendações da Febrasgo e aos cursos pré-congresso sobre anticoncepção dos Congressos da Sogesp de 2018, 2019 e 2020. Tanto a campanha “Vamos Decidir Juntos” quanto o documento com recomendações da Febrasgo têm apoio da Libbs. Trata-se de um círculo cujos participantes principais são Marcelo, Frederico e Leandro. Eles não atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), participam ativamente de diferentes associações médicas e estão vinculados a faculdades ou centros universitários privados. Além disso, parecem falar prioritariamente para ginecologistas que trabalham em consultórios privados, o que os torna mais dedicados às pílulas anticoncepcionais de terceira e quarta geração, não disponíveis no SUS.

## **4.2 Abordagens de avaliação de segurança nas tecnologias contraceptivas**

Nessa seção, dialogo com o trabalho de Jessika van Kammen e Nelly Oudshoorn (2002) naquilo que trata do risco na avaliação da segurança de tecnologias contraceptivas. As autoras oferecem uma sistematização das práticas discursivo-materiais de delimitação dos riscos e benefícios dos contraceptivos desde os anos 1960. O que conta como efeito colateral, risco à saúde, efeito desejado ou benefício, nesse sentido, vai depender e variar conforme essas práticas. As autoras analisam documentos de políticas internacionais e publicações científicas resultantes de testagens clínicas de contraceptivos a fim de avaliar o que se incluiu ou não na avaliação de risco dessas tecnologias. Nesse sentido ainda, os efeitos colaterais não são considerados propriedades intrínsecas dos compostos, mas resultados de processos trabalhosos - dentre os quais as testagens clínicas - que permitem a associação entre compostos e riscos. Para isso, é necessária a seleção dos sinais que são levados em conta (em detrimento de outros que são ignorados) para posteriormente simplificá-los a fim de ordenar os dados. Esse processo nem sempre é fácil e consensual, gerando ruídos e controvérsias, já que diferentes interesses estão em jogo (dos governos de diferentes países, da indústria farmacêutica e de usuárias, por exemplo).

Neste trabalho, argumento que as controvérsias não se esgotam nos estudos clínicos, mas têm continuidade nas práticas da ginecologia hegemônica que traduzem os resultados desses processos para vários ginecologistas clínicos. Considero suas práticas mediadoras no sentido em que transformam e reenquadram os dispositivos contraceptivos e, no caso das respostas às recusas das pílulas anticoncepcionais e ao aumento da visibilidade de seu risco de TEV, enfatizam benefícios em detrimento de riscos, materializando a segurança das pílulas anticoncepcionais. A sistematização operada por van Kammen e Oudshoorn (2002) ajuda a situar as práticas aqui descritas em meio a outras que surgiram desde os anos 1960.

Antes de descreverem os principais modelos e abordagens de avaliação de risco para os contraceptivos configurados para as mulheres, as autoras sublinham duas especificidades importantes desses dispositivos. Primeiro, o fato de serem “drogas para pessoas saudáveis”, o que faz com que a avaliação de seus riscos se dê de forma diferente. Vimos já no capítulo 1 como essa peculiaridade dos contraceptivos resultou em exigências superiores em termos de segurança, sendo um fator importante a contribuir com a quantidade de controvérsias nas quais estão envolvidos. Relacionado a isso está a diminuição, ao longo do tempo, do investimento da indústria no desenvolvimento de novos anticoncepcionais. Após as críticas às pílulas que tiveram início no final dos anos 1960, a responsabilização das empresas cresceu e o alto risco

de serem alvos de processo judicial desestimulou a inovação. Conjuntamente a isso, houve o aumento da rigidez de regras para a aprovação de comercialização de medicamentos. Com a ausência da indústria, houve um crescimento da participação do setor público internacional e dos Estados Unidos. OMS, USAID, *National Institutes of Health* (NIH), *Population Council* são exemplos de atores importantes nesse quadro, além do próprio movimento internacional em torno da saúde das mulheres, que também esteve ativamente envolvido nas disputas em torno das políticas contraceptivas. Dessa forma, as autoras se concentraram na análise dos documentos desses atores (van Kammen e Oudshoorn, 2002, p. 437-438).

As autoras então descrevem três abordagens em torno das práticas contraceptivas (ou de planejamento familiar) que dominaram a política internacional entre 1960 e 2000, evidenciando as formas que cada uma dessas abordagens calculava os riscos dos dispositivos. Elas ressaltam, contudo, que não se trata da substituição temporal de uma abordagem por outra, estando as três presentes à época em que escreveram (van Kammen e Oudshoorn, 2002, p. 439). Abaixo, no Quadro 7, apresento uma versão, em português, do quadro publicado no artigo citado.

Quadro 7 - Abordagens de anticoncepção/planejamento familiar e modelos de risco nas pesquisas com anticoncepcionais femininos

<b>Período</b>	<b>Abordagem</b>	<b>Modelo de risco</b>
<b>1970-1980</b>	Controle populacional	Riscos do contraceptivo <i>versus</i> mortalidade materna
<b>Final anos 1980</b>	Qualidade do atendimento em cuidados de saúde [ <i>quality of care</i> ]	Riscos do contraceptivos <i>versus</i> benefícios
<b>Meados anos 1990</b>	Saúde reprodutiva	Avaliação de risco centrada na usuária

Fonte: van Kammen e Oudshoorn (2002, p. 442, tradução minha).

Como já ficou evidenciado no capítulo 1 em relação a outras práticas que não as testagens clínicas, as defesas do controle populacional predominavam nas décadas de 1970 e 1980. Segundo van Kammen e Oudshoorn, essa abordagem se caracteriza pela comparação dos riscos dos métodos anticoncepcionais com os riscos da gravidez indesejada, cujo principal perigo seria o aborto inseguro, causa primeira de mortalidade materna. Sendo esse o parâmetro para avaliação dos riscos da contracepção, levava-se a sério apenas os riscos de morte e com graves consequências para a saúde associados aos contraceptivos. Assim, nessa abordagem, a eficácia se sobrepunha à segurança, já que uma maior taxa de falha era associada aos riscos da gravidez indesejada. Como consequência, para essa abordagem os preservativos e métodos de



barreira, embora não tenham efeitos sistêmicos nos usuários, não são considerados mais seguros que métodos hormonais e efeitos como náuseas, dores de cabeça e nas mamas, diminuição da libido, dentre outros, não são levados a sério enquanto riscos desses dispositivos (van Kammen e Oudshoorn, 2002, p. 439).

A partir dos anos 1980, esse modelo passou a ser questionado. Primeiro, feministas passaram a exigir que as seguranças dos contraceptivos fossem comparadas entre si e não com os riscos da gravidez. Do contrário, a comparação dos riscos de um contraceptivo com os riscos da mortalidade materna faria com que mulheres em circunstâncias nas quais esse índice é mais alto - onde a pobreza é maior e o aborto é ilegal, por exemplo - tivessem que se submeter a riscos maiores, o que as penalizaria em detrimento de mulheres nos países ricos e nos quais o aborto é legalizado. Além disso, as consequências em termos de gênero seriam significativas na medida em que é mais fácil que os riscos da contracepção sejam compartilhados entre diferentes corpos e gêneros que os riscos da gravidez indesejada, associados individualmente à cis-mulheridade. Por fim, também a confusão entre eficácia e segurança foi criticada, já que privilegiava a redução das taxas de natalidade, principalmente nos países em desenvolvimento, em detrimento das preocupações com a saúde das usuárias (van Kammen e Oudshoorn, 2002, p. 440).

A primeira abordagem sugerida para resolver esses problemas foi a da “qualidade do atendimento em cuidados de saúde” [*quality of care*]. Partindo do reconhecimento de que não havia método contraceptivo sem riscos ou efeitos colaterais, passou-se a enfatizar a necessidade de apresentação dos mais diferentes métodos, seus mecanismos de ação, instruções de uso, eficácia e efeitos na saúde de cada um deles, a fim de possibilitar a “escolha informada” de usuárias. Assim, a comparação entre os contraceptivos se tornava mais importante na avaliação dos riscos que a comparação com a gravidez, por exemplo. Com essa mudança, os benefícios (para além da eficácia contraceptiva) de cada dispositivo também entraram na equação, fazendo com que, por exemplo, os preservativos passassem a ser valorizados por sua ausência de efeitos colaterais e pela proteção contra infecções sexualmente transmissíveis. A reação de pesquisadores e legisladores no âmbito das práticas contraceptivas foi destacar os efeitos colaterais benéficos também dos dispositivos hormonais. Passou-se a enfatizar as correlações epidemiológicas entre as pílulas combinadas e seu efeito benéfico sobre o risco de câncer de ovário, por exemplo (van Kammen e Oudshoorn, 2002, p. 440).

Apesar de essa abordagem chamar atenção para a circulação de informações sobre os métodos e para o contexto em que se dava a escolha por uma prática contraceptiva, não discutiu

um dos problemas principais do “planejamento familiar” que vinha sendo guardado como segredo: as altas taxas de abandono dos métodos contraceptivos<sup>190</sup>. Se havia tanta ênfase em seus benefícios, por que tanta descontinuidade? Segundo pesquisa realizada pela OMS e citada pelas autoras, 17% das usuárias de pílulas interromperam o uso devido a problemas de saúde e, no geral, 11% paravam de utilizar os métodos contraceptivos por conta de preocupações com a saúde e com efeitos colaterais que experimentaram (Igbal Shah, 1995 apud van Kammen e Oudshoorn, 2002, p. 441).

Essas constatações levaram ao reconhecimento de outro aspecto da avaliação dos riscos que não havia sido incluída nas abordagens anteriores: a relevância dos efeitos colaterais descritos como “menores” e “passageiros” (não fatais) no cotidiano das usuárias, como as tonturas, irregularidades menstruais e dores de cabeça<sup>191</sup>. Novamente, foi o movimento internacional pela saúde das mulheres que se mobilizou para articular a relevância desses efeitos e das perspectivas leigas das usuárias, passando a defender a abordagem da “saúde reprodutiva”. Foi nesse sentido que, na Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento no Cairo em 1994, reivindicaram mais pesquisas sobre as práticas de uso (ou não) de anticoncepcionais e sua relação com gênero e sexualidade. O modelo de risco desta abordagem foca na usuária e nas trocas e prioridades de sua vida cotidiana, reconhecendo que a segurança não existe em um vácuo, mas depende das relações com outras práticas, como o acesso e atendimento dos serviços de saúde, as condições nas quais os contraceptivos são usados e as circunstâncias das vidas das usuárias. Aqueles que defendem essa abordagem sugerem que o monitoramento desses efeitos colaterais deveria também ser incluído nas testagens clínicas dos contraceptivos, que geralmente só consideram os efeitos considerados mais “sérios”. Nesse quadro, os preservativos poderiam ser considerados seguros, já que comparados com efeitos sistêmicos dos contraceptivos hormonais, mas a conveniência de seu uso deveria levar em conta também a sua disponibilidade, as negociações entre parceiros (e o controle sobre o seu uso) e a possibilidade de recurso ao aborto em caso de falha contraceptiva (van Kammen e Oudshoorn, 2002, p. 441-442).

Apesar dessa diferenciação entre abordagens e das mudanças nas reivindicações e nos documentos, ao analisar os relatórios das pesquisas clínicas de implantes e vacinas

---

<sup>190</sup> Abordarei de forma mais aprofundada, nos próximos capítulos, como essa discussão sobre descontinuidade dos métodos prescritos aparece no âmbito da Febrasgo e outras associações brasileiras atualmente.

<sup>191</sup> As discussões sobre o Norplant e a taxa de descontinuidade por conta desses efeitos foram as mais discutidas (Hardon, 1992; Corrêa, 1994), mas esses são efeitos que estão presentes também nas pílulas combinadas.

contraceptivas, as autoras constataram o predomínio da abordagem do controle populacional ao longo da década de 1990 (van Kammen e Oudshoorn, 2002, p. 445). Apoio-me também no enquadramento proposto nesse artigo para pensar as práticas discursivo-materiais que têm circulado no âmbito da ginecologia hegemônica brasileira. No caso estudado aqui, não se trata de analisar as testagens ou pesquisas epidemiológicas e nem as práticas clínicas nos consultórios, mas a mediação realizada pelas associações de ginecologia brasileiras, principalmente a Febrasgo e a Sogesp, seus documentos e congressos. Busco indicar neste capítulo quais as principais abordagens de avaliação de risco que circulam nessa configuração, com atenção especial à permanência (ou não) da abordagem do controle populacional.

### 4.3 Círculo dos LARCs

Tomo como base para essa seção principalmente as apresentações e discussões protagonizadas por Larissa, Jéssica e Laura, todas participantes da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo. Diferente de Marcelo, Frederico e Leandro, Larissa, Jéssica e Laura são responsáveis por setores de planejamento familiar de serviços públicos associados a universidades públicas no Sudeste e no Sul. Os ambulatórios coordenados por Larissa e Laura (associados a universidades públicas do Estado de São Paulo) diferem de outros serviços públicos na medida em que oferecem dois tipos de contraceptivos que não estão disponíveis na rede pública, mas que são frutos de doações das empresas: o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU Mirena®), da Bayer, e o implante de etonogestrel (Implanon®, da MSD). Já o ambulatório coordenado por Jéssica, no Rio Grande do Sul, também trabalha com o fornecimento do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU Mirena®). Dessa forma, trata-se de três ambulatórios que, apesar de integrantes do SUS, trabalham de alguma forma com dispositivos anticoncepcionais que não estão disponíveis universalmente na rede pública.

#### 4.3.1 *Os efeitos colaterais das pílulas e a busca e dificuldade no acesso aos LARCs*

Em entrevista com Larissa realizada no dia 9 de fevereiro de 2021 por telefone, a ginecologista contou que o ambulatório que coordena trabalha, sobretudo, com métodos de longa duração - os chamados LARCs<sup>192</sup> - e com o treinamento de médicos e residentes para

---

<sup>192</sup> A sigla faz referência ao nome em inglês *Long-Acting Reversible Contraception* (métodos contraceptivos reversíveis de longa duração). Os dispositivos mais comuns incluídos nessa classificação são o dispositivo intrauterino de cobre, o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (hoje o único disponível no Brasil é

inserção desses dispositivos. Disse ainda que a universidade tem uma tradição de trabalhar principalmente com pesquisas e inserção de dispositivos intrauterinos, seja o composto por cobre (DIU) ou o composto por levonorgestrel (SIU)<sup>193</sup>. Por conta das doações e desse diferencial, contou que a maior parte das mulheres que chegam ao ambulatório são encaminhadas da rede básica de saúde especificamente para uso do SIU e do implante, que não estão disponíveis no SUS. Segundo a ginecologista, a fila é enorme.

Logo no início da entrevista, expliquei o objetivo da minha pesquisa, dizendo que buscava descrever as respostas dos ginecologistas associados à Febrasgo às críticas recentes às pílulas anticoncepcionais que têm circulado publicamente. A médica logo respondeu:

É um questionamento que não acontecia, né? Principalmente a geração de ginecologistas que é mais... Não vou dizer mais velha, porque não precisa ser muito mais velho para estar desacostumado com essa coisa de a paciente questionar. Isso é uma coisa muito recente. As pacientes, as mulheres, vou chamar de mulheres, porque paciente é um termo até que... Até isso a gente tem evitado... As mulheres, elas passaram a questionar mais desde o momento que elas começaram a ter poder aquisitivo, sair para trabalhar, a fazer parte da economia e, por isso, a ser um indivíduo mais respeitado, vamos dizer assim. Enquanto ela ficava dentro de casa, a “mãezinha” que não tinha direito a nada em um sistema patriarcal super repressivo, ela não questionava nada (Larissa, 9 de fevereiro de 2021).

Perguntei então se havia percebido mudanças na procura por DIU de cobre após a controvérsia em torno das pílulas e dos hormônios em geral, já que, como vimos no capítulo anterior, o dispositivo é repetidamente apresentado como a principal alternativa contraceptiva não hormonal disponibilizada às mulheres. Além disso, ele também aparece na bibliografia sobre recusa às pílulas como um método que passa a ser buscado depois da interrupção do dispositivo hormonal, embora geralmente em meio a muitas dúvidas<sup>194</sup>, seja pela falta de conhecimento prévio das mulheres sobre o dispositivo ou pelo relato comum de recusa médica em colocá-lo (Santos, 2018; Rodrigues, 2020). A ginecologista então respondeu:

Hoje você já vê um número grande de pacientes chegando e falando: “Olha, eu quero o DIU, mas eu não quero usar hormônio nenhum.” É um equívoco, porque o DIU, embora chame de hormonal, ele tem uma concentração hormonal extremamente

---

produzido pela Bayer) e o implante de etonogestrel (hoje o único produzido no Brasil é produzido pela Merck Sharp Dohme - MSD). O único desses dispositivos oficialmente disponível do SUS é o DIU de cobre.

<sup>193</sup> Segundo Larissa, as primeiras pesquisas com o SIU Mirena®, da Bayer, foram realizadas na década de 1980 e coordenada pelo médico Anibal Faúndes. O médico foi interlocutor importante do movimento feminista na década de 1980, embora tenha também protagonizado conflitos, principalmente por conta do implante Norplant® (Pimentel et al, 2017; Corrêa, 1994; Manica, 2009). A pesquisa sobre diafragma realizada pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde foi feita em parceria com a universidade e com a participação de Faúndes (Ferreira et al, 1993).

<sup>194</sup> Segundo Santos (2018), no grupo “Adeus Hormônios” são comuns desconfianças em relação à possibilidade de perfuração do útero, a ser um método abortivo ou ser possível exclusivamente para quem já pariu. Além disso, muitas não sabiam a diferença entre o DIU de cobre e o SIU hormonal (Santos, 2018, p. 89). Rodrigues (2020) também relata que nos grupos de *Facebook* sobre contracepção, algumas mulheres temem o aumento do fluxo menstrual e das cólicas que o DIU poderia vir a provocar (Rodrigues, 2020, p. 106).

baixa, é diferente da pílula. A pílula tem uma concentração... Seria mais ou menos como se pensasse assim, eu tomo uma pílula a cada 15 dias. A taxa hormonal dele. E o efeito dele é muito mais local. E com o passar dos anos de uso, vai ficando cada vez mais ainda local. E não tem estrogênio, que é a preocupação do hormônio em si. Então as mulheres continuam tendo o seu ciclo. E ela vai ter ovulação. (...) A maioria delas vai ovular normalmente. E cada vez mais. No primeiro ano, quase 80%... No terceiro ano, 100% já está ovulando normalmente. Não chega a alterar como a pílula. A pílula bloqueia a ovulação, a pílula bloqueia a produção de testosterona, a pílula bloqueia a produção de progesterona. Aí a gente vai fazer o papel que o médico tem que fazer. Qual é o papel? (...) Contar tudo isso que eu te falei, sobre a diferença entre uma pílula e o DIU que é chamado de hormonal. Hoje você não tem na rede pública, mas você tem DIU hormonal menor dosagem ainda. O último que saiu tem menor dosagem ainda. Então o efeito local é o que mais está presente, muito mais que o efeito sistêmico, que é o efeito no corpo todo. Vai contar e vai dizer "tem essa vantagem e essa desvantagem" (Larissa, 9 de fevereiro de 2021).

Vemos aqui que, embora também haja um diagnóstico da situação como sendo uma questão de “ignorância” ou “equivoco” e que também culpabiliza as “mídias sociais”, há algumas diferenças dignas de nota. Primeiro, parece reconhecer que o questionamento das mulheres é em algum sentido legítimo e está relacionado às mudanças nas relações de gênero, sugerindo que encontra resistência no meio médico por ser algo novo e com o qual não estão acostumados. Além disso, embora também enquadre a resistência das mulheres aos hormônios como “ignorância” ou “equivoco”, sua defesa se concentra no SIU hormonal, com o qual trabalha mais diretamente. Diferencia-o das pílulas combinadas de forma a reconhecer, em certa medida, que elas, sim, estão associadas a maiores riscos.

A solução para esse questionamento é o médico então explicar essas diferenças, falar das vantagens e desvantagens. No entanto, ela não citou para mim as vantagens das pílulas combinadas, mas continuou explicando várias das vantagens do SIU (o que ela chamou de “DIU hormonal”), como o efeito local e a melhora da anemia, já que o dispositivo leva, em grande parte dos casos, à ausência de sangramentos. O SIU também é comumente comparado com o DIU de cobre, como veremos ao longo dessa subseção, principalmente no que tange aos sangramentos. Enquanto o DIU de cobre muitas vezes é apresentado como dispositivo que aumenta o volume menstrual e as cólicas, o SIU é promovido por sua suposta capacidade de suspender a menstruação em grande parte dos casos e pela diminuição das cólicas. Além disso, é muitas vezes apresentado como alternativa à pílula porque - embora composto do progestagênio levonorgestrel e sendo, portanto, hormonal - não teria risco aumentado de trombose por não conter estrogênio, bem como por sua atuação ser local e não sistêmica (como seria o caso da pílula combinada).

Eu perguntei à médica, então, sobre o acesso à informação sobre o DIU de cobre, explicando que havia visto nos grupos sobre contracepção que acompanhava pelo *Facebook*

muitas pessoas reclamando por nunca terem sido informadas da possibilidade do uso do contraceptivo, bem como da dificuldade de encontrar médicos que o inserissem. Perguntei se ela achava que esse problema existia, ao que respondeu:

É, até hoje existe, tá? Menor, mas ainda existe. Existem muitos mitos e medos na própria classe médica. Então se você pegar médicos da década de 1990 até 2000, eles têm uma memória de uma doença inflamatória pélvica que levou à mortalidade nos Estados Unidos por um tipo de DIU chamado *Dalkon Shield*<sup>195</sup>. Era um DIU específico que tinha lá uma cauda polifilamentosa que facilitava a entrada de germes para dentro do útero. Foi um ou outro caso que aconteceu, mas rapidamente eles detectaram e ele foi retirado. Na cabeça das pessoas, isso é muito frequente. (...) E aí quando chegou 2000, o que acontece? Aparece o DIU hormonal. Quem é o DIU hormonal? É um DIU mais caro, é um DIU que vem para absorver a classe médica que trabalha no consultório privado, possibilitando a ele que tenha um procedimento que vai trazer uma remuneração a mais. Então ele foi meio que impelido a fazer uma revisão do que era DIU. E aí ele assiste às aulas e ele vê: “Ah, mas então é seguro?” Tem gente que acredita que o único DIU seguro é o DIU hormonal, para você ter uma ideia. (...) Mas o fato é que ele mudou a história do DIU. E aí começaram a olhar: “ah, DIU então é seguro?” “E se eu não quiser hormônio, não tem um outro lá que não tem hormônio?” E aí vem então essa linha da informação, não propriamente na classe médica, embora a gente nunca tenha escondido o DIU de cobre. A gente sempre falou dele. Mas aí vem o “ah, eu não quero nenhum tipo de hormônio”. E aí começam a resgatar. As próprias mulheres começam a resgatar a ideia de usar um DIU sem hormônio. E por isso que ele voltou a ser bastante usado agora (Larissa, 9 de fevereiro de 2021).

Aqui, Larissa faz referência aos “mitos e medos na própria classe médica” em relação ao DIU de cobre por conta de uma associação desse dispositivo a um outro (o *Dalkon Shield*) que foi retirado do mercado devido aos efeitos adversos. Teria sido apenas com a introdução do “DIU hormonal” que esse tipo de dispositivo passou a ser revisto e avaliado como seguro. Essa reavaliação se deu a partir do incentivo da indústria farmacêutica, já que foi um artefato que se aliou à classe médica por meio de incentivos de aumento da remuneração em consultórios privados. Larissa também reconhece, contudo, a atuação das mulheres no “resgate” do DIU de cobre, relacionada à recusa aos hormônios anticoncepcionais.

Além disso, a médica aponta ainda para outras causas que poderiam levar à resistência dos médicos ao DIU de cobre, como falta de treinamento e prática, problemas na infraestrutura do serviço público e a maior facilidade na prescrição da pílula:

O problema do DIU é que você precisa de uma residência que treine o médico para colocar o DIU. Abriram várias faculdades de medicina, mas que têm treinamento para colocar DIU, não é muito comum. E é o tipo de procedimento que a gente fala que é feito às cegas, porque você vai colocar uma coisa dentro do útero sem estar olhando lá dentro. Mas com prática e com cuidado, é um procedimento extremamente seguro. Mas aí se ele sai [da faculdade] e já não pega um serviço onde ele vai ter que manter a prática dele, quando ele retoma para fazer o procedimento e se sentir seguro, ele

---

<sup>195</sup> O *Dalkon Shield* foi um dispositivo intrauterino lançados nos Estados Unidos na década de 1970 que causou infecções e esterilidade em diversas mulheres, sendo retirados do mercado em 1974. Sobre os diferentes tipos de dispositivos intrauterinos, ver Takeshita (2011).

acaba abandonando. Aí ele vai no SUS, a mesa ginecológica está com a perneira meio quebrada, tem que fazer o procedimento em condições inadequadas. Ele pede o material pra colocar e: “Ai doutor, está em algum lugar aí”. E ele vai desanimando. (...) Aí a pílula é muito mais fácil, né? Pega lá o receituário, escreve no receituário e fala: “Você está tomando a pílula mais moderna que a gente tem, por causa disso, disso, disso.” Ah, fácil, né? Fácil assim... Complica porque depois os efeitos colaterais trazem muitas demandas na pós consulta, retorno etc (Larissa, 9 de fevereiro de 2021).

Há, portanto, reconhecimento de que há problemas em relação às alternativas contraceptivas que não se resumem aos “equivocos” das usuárias, mas incluem também o próprio desconhecimento médico, falta de treinamento, problemas de infraestrutura do SUS, interesses financeiros nos consultórios privados e as facilidades (para os médicos) em torno da prescrição das pílulas anticoncepcionais.

É necessário lembrar aqui, ainda, que a Febrasgo se posicionou contra a nota técnica nº5/2018-CGSMU/DAPES/SAS/MS, que autorizava enfermeiros a realizarem a inserção do DIU de cobre, defendendo que se tratava de ato privativo dos médicos<sup>196</sup>. A nota foi revogada em dezembro de 2019, o que fez com que o médico Luis Bahamondes, próximo a Larissa, defendesse, em uma coluna de opinião na Folha de São Paulo em 14 de janeiro de 2020, que vetar essa possibilidade era um ato elitista e sem embasamento científico. Bahamondes argumentou que a gravidez não planejada é uma “epidemia silenciosa” e que a defesa da revogação da nota técnica, também apoiada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), visava apenas à proteção do mercado de atuação médica<sup>197</sup>.

Já no dia 22 de agosto de 2019, aconteceu o curso pré congresso em Anticoncepção do Congresso da Sogesp de 2019, coordenado por Marcelo e Larissa. Embora não tenha estado presente, pude acompanhar a gravação disponibilizada online pela associação. Descrevo abaixo especialmente a discussão que se deu após as quatro primeiras apresentações do curso<sup>198</sup>. Foi um período de 30 minutos no qual a plateia pôde fazer perguntas aos apresentadores e coordenadores. Na mesa, estavam presentes, além de Larissa e Laura, os ginecologistas Marcelo, Fernando, Sofia e Caio. No mesmo sentido que vinha indicando com a entrevista com Larissa, ali também foi evidenciado o aumento da busca por DIU de cobre, ao mesmo tempo

---

<sup>196</sup> Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/723-nota-de-esclarecimento-da-febrasgo-sobre-colocacao-de-diu-por-enfermeiros-as>. Acesso em: 20/08/2021.

<sup>197</sup> Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/01/gravidez-nao-planejada-uma-epidemia-silenciosa.shtml>. Acesso em: 20/02/2021.

<sup>198</sup> As apresentações eram intituladas da seguinte maneira: “Os contraceptivos hormonais estão mesmo sendo substituídos por métodos não hormonais?”, por Fernando, “Qual a influência dos métodos hormonais na massa muscular e na performance física?”, por Sofia, “Como escolher método contraceptivo para a mulher obesa?” por Larissa, e “LARC para adolescentes ou nuligestas: existem evidências para a indicação?”, por Laura.

em que foram expostos fatores que poderiam contribuir para a dificuldade de conhecimento sobre e acesso de potenciais usuárias de contraceptivos ao DIU de cobre. Mais que na entrevista, no entanto, ali se deu uma defesa bastante enfática desse dispositivo como opção contraceptiva que deveria ser incentivada, principalmente entre adolescentes. Logo no início, Laura questionou a associação do DIU de cobre ao aumento do volume de sangramentos menstruais, afirmando:

Eu quero aproveitar a oportunidade e falar uma coisa. Eu acho que a gente precisa tirar um pouco algumas coisas em relação ao DIU de cobre, como dizer que ele sangra muito. Não, ele não sangra muito. A gente tem que tomar cuidado quando vai colocar DIU de cobre em usuária de anticoncepção hormonal combinada. Por quê? Porque a anticoncepção combinada reduz o sangramento, então a paciente vem sangrando pouco e quase nada. Quando ela passa pro DIU, ela volta ao que ela era antes. E na verdade, o que ela era antes, o fluxo era maior. Então acho que a gente tem que dizer que são poucas pacientes que vão apresentar um aumento de sangramento (Laura, Congresso Sogesp 2019).

Esse comentário é interessante porque se trata de uma defesa do DIU de cobre que vai na contramão do que muitos médicos apresentam como sendo a sua principal desvantagem. Ao mesmo tempo, nos contextos mais voltados para consultórios privados, o SIU hormonal é comumente apresentado como tendo como uma de suas principais vantagens a suspensão dos sangramentos quando em comparação ao DIU de cobre, que tende a aparecer como uma opção inferior. Aqui, contudo, como o debate se refere principalmente à saúde pública - na qual em teoria o SIU hormonal não está disponível - tais efeitos não são apresentados da mesma forma. Larissa, por exemplo, responde à Laura da seguinte forma:

É, é bem o que a Laura falou. (...) Hoje a gente vê que mais ou menos em cada 10 mulheres que procuram o ambulatório onde a gente tem uma livre demanda de Mirena e cobre, 40% tem buscado o DIU não hormonal. A influência da mídia é muito grande. As meninas... O medo hoje faz parte da sociedade, né gente? Nós temos medo hoje, tudo gera medo. E a ignorância gera mais medo. E elas buscam na internet, na mídia social, informações para se sentirem mais seguras. E a informação que passam é que método hormonal dá câncer, que método hormonal faz mal para saúde, para o corpo dela e tal. Então elas buscam muito o DIU de cobre. Essa desmistificação que a Laura falou é importantíssima, que ela vai voltar a sangrar. Um bom grupo fica tolerando a dismenorreia<sup>199</sup>, não pede pra voltar, não, porque está se sentindo muito mais segura com o método. Por enquanto, em um pequeno estudo, nós não observamos tanta diferença. Mas nós observamos que o DIU de cobre não sangra tanto quanto a gente imaginava que sangrava. Claro que tem que eleger bem uma paciente que não tenha aí uma patologia tipo uma adenomiose, uma endometriose<sup>200</sup> (Larissa, Congresso Sogesp 2019).

Aqui, a ginecologista retomou um diagnóstico no qual atribui à “internet” e à “mídia social” o medo que “as meninas” (aqui a ênfase nas jovens novamente) têm sentido em relação a métodos

---

<sup>199</sup> Dismenorreia é o termo nativo para as “cólicas menstruais”.

<sup>200</sup> Adenomiose e endometriose são duas doenças cujos sintomas incluem dor pélvica.



hormonais. Ao mesmo tempo, aponta para duas consequências da recusa dessas jovens aos hormônios: primeiro, a demanda por parte delas pelo DIU de cobre e, segundo, a constatação de que o DIU de cobre “não sangra tanto quanto a gente imaginava que sangrava”. É curioso que, embora tenha dito isso na apresentação de 2019, na entrevista realizada em 2021, a médica reafirmou a diferença entre o DIU de cobre e o SIU hormonal em relação aos sangramentos, apontando que o primeiro poderia acarretar problemas para adolescentes, dentre as quais a taxa de anemia seria grande por conta do grande volume de sangramento. Nesse quadro, argumentou a respeito do que o profissional de saúde deveria fazer caso a adolescente peça pelo DIU de cobre:

Então, o papel do profissional vai ser dizer: “Olha, pode ter a vantagem para você de dar um efeito contraceptivo bom, mas tem a desvantagem que você vai menstruar demais aumentando o risco de anemia.” Ao passo que o outro DIU faria exatamente o contrário. Então essa escolha consciente é a base da coisa (Larissa, 9 de fevereiro de 2021).

Não fica evidente, contudo, se em sua afirmação, considera que o DIU de cobre aumenta o sangramento em comparação com o não uso de contraceptivos em geral, ou se é o sangramento menstrual na adolescência - tido como excessivo - que é um problema. De toda forma, trata-se de um enquadramento no qual a comparação é novamente com o SIU hormonal, diferente do que se passa na mesa do curso pré congresso.

O DIU de cobre aparece também como forma de contracepção que deve ser estimulada entre adolescentes. Ainda que até 2005 a bula do DIU de cobre recomendasse que o dispositivo fosse utilizado por pessoas que tivessem parido (“multíparas”), o que fazia com que muitas adolescentes ficassem de fora, orientações mais recentes de entidades como o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia têm indicado que os métodos de longa ação (LARCs) deveriam ser primeira linha para adolescentes, independente de terem parido ou não. Um documento da série de recomendações da Febrasgo sobre atendimento ginecológico a adolescentes, bem como algumas das apresentações, têm reforçado tal indicação (Machado, 2017a)<sup>201</sup>. É nesse quadro que há um esforço dos apresentadores nos congressos em reconfigurar as práticas de muitos ginecologistas, que muitas vezes continuam tendo como referências recomendações antigas, como a impossibilidade do uso do DIU de cobre em nulíparas (pessoas que nunca pariram). Isso é visível em algumas falas, como a de Laura, ao

---

<sup>201</sup> O documento é composto por três artigos, mas o que nos interessa especialmente aqui é o intitulado “Anticoncepção para adolescentes”, também assinado por Rogério Bonassi Machado (2017a). Em seu artigo, o autor indica que “muitos médicos não se sentem seguros em inserir DIUs e implantes em adolescentes, porque não são treinados para fazê-lo” (Machado, 2017a, p. 49).

responder pergunta sobre como fazer com que adolescentes tenham mais adesão ao DIU de cobre:

Acho que cada vez mais a gente falando do uso de dispositivo intrauterino para a adolescente, isso se quebra barreira. Então a gente tem que falar. Eu recebo às vezes no serviço que eu tenho específico para adolescente, e ela diz que ela foi no posto e que no posto disseram que só por ela ser adolescente, ela não pode usar o dispositivo. Isso não é verdade, né? Então a presença de vocês aqui, a informação, a orientação, isso quebra barreiras. Então a gente tem que colocar, sim, à disposição esse método para as adolescentes. E você vai ver que quando você oferece, elas querem. Você sabe, eu brinco com as minhas adolescentes. Eu digo assim para elas quando eu coloco dispositivo intrauterino ou implante ou SIU... Digo que elas têm uma dívida comigo. É uma dívida muito grande. Qual é essa dívida? Porque eu tenho sala de espera para adolescente. Elas vão ter que ir lá na sala de espera e falar que é tudo de bom, que o DIU é tudo de bom. Ela só precisa falar isso. Que o DIU está ótimo. E é crescente a busca porque uma fala, a outra vem, a outra vem, então a nossa incidência de uso de DIU tem aumentado e tem crescido. Tem melhorado e eu acho que a gente tem que divulgar e falar que são métodos que podem ser utilizados entre as adolescentes (Laura, Sogesp 2019).

Aqui vemos um estímulo ao uso dos LARCs nos serviços públicos entre adolescentes, que é promovido de forma ativa, não sendo apenas apresentado como uma das opções. Para compreender por que tem sido visto como ideal para essa “população vulnerável”, as explicações de Larissa em entrevista são elucidativas. A ginecologista entende que as pílulas anticoncepcionais devem deixar de ser o método “mais incentivado”, sendo substituídas pelos LARCs:

A tendência não é que a pílula seja usada como método para evitar gravidez ou método mais incentivado. Ela é mais interessante, como esses benefícios que eu te falei não contraceptivos, para uma menina que tem ovário policístico, uma acne bem importante, que tem aumento de pelos... Aí usar pílula pode ser bastante interessante para ela, né? Então vai ser mais nessa linha que a pílula ainda vai continuar sendo bastante usada. A tendência é cada vez mais métodos que não dependem de uso diário (Larissa, 9 de fevereiro de 2021).

Ou seja, nesse quadro, as pílulas aparecem como sendo recomendadas sobretudo pelos seus efeitos extracontraceptivos - em caso de “necessidade” - mas a tendência seria substituí-la por “métodos que não dependem do uso diário”, ou seja, os LARCs. No serviço público em geral, isso significa o DIU de cobre, embora nos consultórios privados e em alguns ambulatórios associados às universidades (como o coordenado por Larissa e Laura) os SIUs e implantes também estejam disponíveis. Nesse sentido, eu perguntei a Larissa por que a primeira linha de indicação agora seriam os LARCs, ao que ela respondeu:

Por causa da eficácia. Porque a gente quando fala... A Organização Mundial da Saúde tem o objetivo que é diminuir pobreza. Para diminuir pobreza, você tem que diminuir... Por que quem é que mais engravida [quando] adolescente? Quem está mais desprotegida quando adolescente? **É quem não tem acesso à saúde, é a classe social, a classe econômica mais baixa. Então essa adolescente, ela vai perpetuar essa pobreza. (...) E aí ela vai ter um filho de uma mãe que não conseguiu acabar a**

**formação escolar. E a ignorância se perpetua. Então o foco nosso hoje é em diminuir essa gravidez não planejada, na adolescente principalmente. Principalmente. Não só, mas principalmente. Porque aí você vai ter um controle maior. Então é isso, você vai falar em taxa de eficácia.** Porque as pessoas esquecem, que as pessoas tomam medicamento que diminui eficácia, porque briga com namorado e a primeira coisa que faz é abandonar cartela, depois volta com namorado, tem relação... e não voltou a tomar ainda. Não tem noção. As pessoas que tomam pílula tinham que saber o mínimo do mecanismo de ação dela. Isso quem tinha que oferecer é o colegial. A escola tinha que oferecer esse tipo de coisa. Noção escolar da biologia. A gente fala em LARC como primeira opção por causa de eficácia, porque colocou o DIU, está no lugar, colocou o implante. Se está no lugar, tem eficácia alta (Larissa, 9 de fevereiro de 2021, grifos meus).

Aqui, vemos a gravidez na adolescência sendo associada à “perpetuação da pobreza”, sem fazer referência ao planejamento ou não dessa gravidez. Parece ficar implícito que essa gravidez não pode ser planejada ou mesmo desejada. Ao mesmo tempo, promove-se os LARCs como melhor solução porque estariam menos sujeitos às intercorrências cotidianas das vidas dessas adolescentes e também ao próprio desejo delas. A eficácia, nesse sentido, parece se sobrepor a outros critérios. Além disso, associa-se o uso de pílulas anticoncepcionais à necessidade de conhecimento sobre o mecanismo de ação dela, mas o dever pela transmissão de tal conhecimento é atribuído à escola, desresponsabilizando ginecologistas e médicos que trabalham com anticoncepção.

De maneira similar, também Jéssica fala sobre os DIUs:

Hoje ainda os DIUs são menos de 2% dos métodos utilizados no Brasil, o que é bastante baixo para um método que é altamente efetivo. Se a gente for falar do ponto de vista de efetividade, o DIU, tanto de cobre quanto o DIU medicado e os implantes, eles se equiparam, estão no mesmo patamar que a ligadura tubária e a vasectomia. Então a gente deveria dar prioridade a esse grupo, que depende menos da usuária e que tem uma eficácia que permanece constante ao longo do tempo, diferentemente dos métodos que dependem da paciente. Como a tomada diária das pílulas, o uso da injeção, não fazer o atraso para reiniciar o método... (...) Então acho que uma coisa importante é informar para a paciente que existe uma diferença de eficácia entre os métodos que são os LARCs, atualmente conhecidos, que são os métodos de contracepção reversíveis de longa duração, e os de uso diário ou mensal e tal. Os hormonais basicamente. Tem uma diferença (Jéssica, 19 de setembro de 2018).

Da mesma forma que Larissa, Jéssica enfatiza que os LARCs deveriam ser priorizados. Uma das formas que essa priorização assume seria a ênfase, na conversa com a possível usuária do dispositivo, de sua eficácia superior. Assim, parece haver um deslocamento da “escolha” da usuária para o ginecologista, que prioriza e enfatiza informações a partir de critérios às vezes alheios às vidas das mulheres e que se modificam ao longo do tempo. É interessante notar também que Jéssica sublinha a diferença entre os LARCs e os métodos de uso diário ou mensal, associando os segundos a métodos hormonais, embora dentre os três LARCs citados (DIU, SIU e implantes), dois também sejam hormonais. As práticas de recusa aos hormônios

contraceptivos - principalmente as pílulas anticoncepcionais - parece ter aberto uma oportunidade para promoção de métodos de longa duração. Enquanto o DIU de cobre é o único, dentre os promovidos, que não é hormonal, os outros dois são também promovidos como tendo menos hormônios que as pílulas. De fato, por conterem apenas progestagênios, não implicam em risco aumentado de TEV, por exemplo, mas nem sempre se comenta quais os riscos que são efetivamente diminuídos e os que permanecem.

Ainda no espaço de discussão do curso pré congresso, discutiu-se alguns dos obstáculos ao maior uso do DIU de cobre, principalmente dentre os ginecologistas. Fernando<sup>202</sup>, por exemplo, citou a falta de treinamento dos médicos na colocação do DIU:

A gente vê hoje no Brasil todo, né, o DIU de cobre presente praticamente em quase todos os municípios. O que falta, na verdade, é, além do acesso, o treinamento dessas pessoas. Eu estava conversando com a Larissa um pouquinho antes de começar esse nosso evento, a respeito de que as pessoas não sabem colocar DIU e têm medo. E às vezes o que ela coloca para paciente é justamente essa transmissão do medo. “Olha, é melhor você não colocar, você é adolescente, você é nulípara”. Mitos que hoje praticamente não existem mais, na verdade, em quem tem experiência, mas que as pessoas ainda continuam transmitindo isso. Então falta na verdade um investimento do gestor, se a gente quer transformar a saúde pública, né, dessa maneira, é treinar as pessoas e não criar barreiras maiores que a gente já tem, né? (Fernando, Sogesp 2019).

Larissa respondeu fazendo referência à concorrência com outros médicos (de família), que estariam apresentando maior interesse no aprendizado da colocação do DIU que os ginecologistas. Dessa maneira, convocou os ginecologistas ouvintes a cumprirem o que chamou de seu “papel” ou “competência”, sob a ameaça de serem substituídos:

Nós médicos temos um papel muito importante. E se a gente não aceitar esse papel e assumir essa posição, alguém vai assumir. Nós estamos deixando um buraco aí. Então hoje o médico de saúde da família está muito interessado em aprender a pôr DIU. Tem menino do terceiro, quarto ano, chegando: “Professora, ensina a pôr DIU? Eu vou fazer saúde da família, eu quero pôr DIU”. Então você vê que as pessoas estão adquirindo competências e que são nossas, do ginecologista. Mas aí a menina vai na UBS e o ginecologista está lá com a pilha, a gente sabe de todos os problemas que tem de paciente para atender e tal, e fala: “Ah não, você é adolescente, adolescente não pode usar DIU”. E passou a oportunidade. Então o que eu acho que falta também é um envolvimento de cada um, nosso. Eu sou feliz porque, como o Rogério falou, faz nove anos que a gente vem aqui falar sobre anticoncepção. Talvez eu tenha um pouco menos de tempo que ele, mas a gente percebe que no começo quase a gente não falava de DIU e hoje a gente fala muito mais. Então está havendo um movimento. Mas a mensagem que eu queria passar, cada um de nós precisa vencer essa barreira. Gente, é muito mais difícil fazer uma cesárea de uma mulher obesa do que por um DIU. E todos passam por fazer cesárea de mulher obesa. [risada de outros na mesa e plateia] (...) O mais importante, como diz a Laura, ela pede para as pacientes, eu peço pra vocês: que saiam daqui com essa coisa, eu vou começar a colocar DIU. Porque a partir do momento que eu ponho 5, 10, eu vou ficando muito mais seguro. Porque a

---

<sup>202</sup> O médico é atualmente professor de uma faculdade privada de medicina na Grande São Paulo, onde se graduou, fez mestrado e doutorado sob orientação de Frederico. Também teve cargo de direção na Sogesp entre 2016 e 2017 e faz parte da Comissão Nacional Especializada em Climatério da Febrasgo.

gente põe DIU fácil? Porque a gente põe DIU direto. Tudo que você faz bastante, fica mais fácil (Larissa, Sogesp 2019).

Evidencia-se, assim, uma discrepância entre as recomendações da Febrasgo e as práticas dos ginecologistas, que por diferentes intra-ações (falta de treinamento, problemas de infraestrutura, comodidade gerada pela prescrição da pílula), não se adaptam tão facilmente às recomendações.

Por fim, ainda no tocante à gravidez na adolescência, chamo atenção para uma nota de posicionamento da Febrasgo em relação ao lançamento da campanha promovida pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos para “prevenção da gravidez precoce”, lançada no dia 03 de fevereiro de 2020. Com o título “Tudo tem seu tempo: Adolescência primeiro, gravidez depois”, as peças publicitárias lançadas afirmavam que “gravidez não combina com adolescência” e que “traz consequências para a vida toda”. Tendo como foco adolescentes, pais e responsáveis, pedia que se informassem, refletissem, conversassem com a família, planejassem seu futuro e buscassem orientações nas unidades de saúde. Um dos objetivos, segundo a ministra Damares Alves, seria “retardar o início da relação sexual”, o que levantou um debate sobre promoção da abstinência sexual entre adolescentes<sup>203</sup>.

A Febrasgo então lançou uma nota intitulada “Posicionamento da FEBRASGO sobre a campanha de prevenção da gravidez na adolescência ‘Adolescência primeiro, gravidez depois’” no 27 de fevereiro de 2020<sup>204</sup>. Na nota, além de destacarem os dados em relação à gravidez na adolescência no Brasil e no mundo<sup>205</sup>, listaram as consequências de uma gravidez na adolescência (independentemente de ser planejada ou não):

A gestação na adolescência está associada a maiores riscos de partos prematuros, de recém-nascidos com baixo peso, de eclâmpsia, de transtornos mentais (como a depressão) e de morte devido a complicações decorrentes de abortos inseguros ou da gravidez e do parto. Esses riscos dependem da idade da adolescente (maior risco em adolescentes menores de 15 anos), do nível socioeconômico da adolescente (quando mais pobre e com menor rede de suporte, maior o risco), do acesso aos serviços de saúde e da condição de saúde da adolescente (se tiver alguma doença associada, o risco é maior). Apesar dos riscos à saúde causados por uma gestação na adolescência, os maiores riscos são os sociais e econômicos. As adolescentes que ficam grávidas, especialmente as de forma não intencional, têm maior risco de sofrer violência física

---

<sup>203</sup> Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/fevereiro/semana-nacional-de-prevencao-a-gravidez-na-adolescencia-e-celebrada-com-aco-es-de-conscientizacao>. Acesso em: 20/09/2021.

<sup>204</sup> Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/939-posicionamento-da-febrasgo-sobre-a-campanha-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-adolescencia-primeiro-gravidez-depois>. Acesso em: 20/09/2021.

<sup>205</sup> Segundo a nota, “os partos de mães adolescentes correspondem a 16,4% dos partos que ocorrem no país, ou seja, de cada 6 crianças que nascem no Brasil, uma é filha de mãe adolescente”, porcentagem que não considera natimortos ou abortos. Além disso, aponta que, dentre tais gravidezes, 65,3% não seriam planejadas. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/939-posicionamento-da-febrasgo-sobre-a-campanha-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-adolescencia-primeiro-gravidez-depois>. Acesso em: 20/09/2021.

e sexual de seus parceiros. Além disso, a gravidez precoce está associada a um maior risco de abandono escolar e perda de oportunidades de empregos, aumentando o risco de perpetuação do ciclo da pobreza. Segundo dados do IBGE, seis de cada dez adolescentes grávidas nem trabalham e nem estudam. Sem falar no impacto econômico para o país, conforme estudo do Banco Mundial, o Brasil teria incremento de 3,5 bilhões de dólares (14 bilhões de reais) por ano em produtividade caso as meninas adiassem a gravidez para depois dos 20 anos (Febrasgo, 2020).

Aqui, embora haja o reconhecimento que a idade não é o único fator a contribuir com maior risco associado à gravidez na adolescência - já que o “nível socioeconômico” e o “acesso aos serviços de saúde e da condição de saúde das adolescentes” também estão incluídos como fatores que contribuem com o risco -, o enfoque continua se centrado principalmente na questão da idade materna. O texto afirma ainda que os riscos mais relevantes não seriam à saúde, mas sociais e econômicos; nesse sentido, são citados “maior risco de violência física e sexual de seus parceiros”, “a perpetuação do ciclo da pobreza” e a perda de produtividade para o país.

Já quanto às estratégias defendidas para prevenção da gravidez na adolescência, a nota destaca:

As abordagens amplas incluem combinações de estratégias como a transferência de renda para manutenção das adolescentes da escola; melhoria da qualidade da educação fornecida nas escolas; o fornecimento de métodos anticoncepcionais quando a adolescente tem relação sexual, incluindo os anticoncepcionais reversíveis de longa ação (como os dispositivos intrauterinos e o implante) que são os métodos anticoncepcionais mais eficazes que existem; o acesso aos serviços de saúde; a educação em saúde sexual e reprodutiva de boa qualidade e com linguagem adequada para os adolescentes (que aborde o desenvolvimento do corpo da adolescente, o autocuidado, os riscos de uma gestação na adolescência, a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e da gestação não planejada, entre outros tópicos). (...) Quando a adolescente já tem relação sexual, diversas recomendações têm apontado para os benefícios da oferta dos anticoncepcionais reversíveis de longa ação (como os dispositivos intrauterinos e o implante) para a prevenção das gestações precoces. Foi demonstrado que, como esses anticoncepcionais têm eficácia muito alta e são seguros, o fornecimento gratuito desses métodos para adolescentes pode reduzir em até 75% as gravidezes não planejadas e os abortos provocados em três anos de observação. Isto ocorre porque, esses métodos não dependem da lembrança de uso por parte da adolescente, o que favorece a eficácia e a aderência desses anticoncepcionais. A Sociedade Americana de Pediatria, desde 2014, em seu posicionamento oficial sobre anticoncepção na adolescência, recomenda que esses métodos sejam oferecidos como primeira opção para reduzir as gestações não planejadas nessa faixa etária (...) reduzir a evasão escolar entre adolescentes, trabalhar objetivos de vida, (...) combater a violência sexual, capacitar os profissionais de saúde para atender as adolescentes, usar os celulares e mídia social como canais de informação e educação em saúde e melhorar o acesso e o acolhimento nos serviços de saúde para as adolescentes são exemplos de estratégias com eficácia comprovada e que devem estar incluídas no rol de estratégias para o enfrentamento das gestações em adolescentes. Os países que conseguiram grandes avanços na redução das gestações na adolescência combinaram múltiplas estratégias de eficácia cientificamente comprovada e deixaram de lado estratégias reconhecidamente ineficazes, evitando o desperdício de dinheiro público sem ganhos para a saúde e bem-estar das adolescentes (Febrasgo, 2020).

Aqui, apesar de serem citadas várias práticas que poderiam contribuir com a redução da gravidez na adolescência, é possível perceber que há bastante ênfase na recomendação dos LARCs. A nota, por fim, também destaca pontos negativos da imposição da abstinência como modelo de comportamento, como o não compartilhamento da responsabilidade com os jovens adolescentes, o não reconhecimento da violência sexual como fator importante e a desconsideração de circunstâncias da vida da adolescente para além de seu comportamento. Contudo, a ênfase nos LARCs para resolução do “problema” da gravidez na adolescência - prioridade da configuração da Febrasgo, como veremos ao longo deste capítulo - também não parece abordar esses pontos citados.

#### *4.3.2 Do uso incorreto das pílulas à alta eficácia dos LARCs*

Nesta seção, descrevo a apresentação de Laura no Curso Pré-Congresso em Anticoncepção, disponibilizado de forma online no Congresso da Sogesp de 2020. Na apresentação intitulada “Eficácia dos contraceptivos hormonais orais: o que o aconselhamento pode influenciar?”, Laura aborda questões que não tratam diretamente da segurança dos contraceptivos hormonais orais, mas da sua eficácia. Entretanto, argumento aqui que, como a segurança leva em conta um balanço entre riscos e benefícios e que a alta eficácia é tida como o principal benefício desses contraceptivos, as fronteiras entre o que se entende por “segurança” e por “eficácia” são borradas na prática. Além disso, a ginecologista se refere diretamente ao “aconselhamento” e à influência que pode ter nessa eficácia, o que é de interesse aqui na medida em que tais enquadramentos também fazem parte da atuação da segurança das pílulas.

Laura iniciou sua apresentação mostrando slide com seus vínculos acadêmicos (cf. Quadro 5) e com indicação de que não possuía conflitos de interesse à época da apresentação. A ginecologista então introduziu o tema da anticoncepção apresentando dados sobre as consequências hipotéticas da satisfação das necessidades de anticoncepção de todas as mulheres e homens:

A anticoncepção foi feita para auxiliar as mulheres. E se todas as mulheres e os homens estivessem satisfeitos com as suas necessidades de anticoncepção, nós teríamos uma redução importante: na incidência de gravidez não planejada; na incidência de nascimento dessas gestações não planejadas; conseqüentemente, uma diminuição na incidência de abortamentos, porque como vocês sabem, quando a gravidez não é planejada, há um maior risco de abortamento provocado; e claro, uma redução na morbimortalidade materna, que é um dado que a gente quer reduzir já há muito tempo (Laura, Sogesp 2020).

Aqui, novamente, aparece a anticoncepção, desta vez em geral, como tendo sido “feita para auxiliar as mulheres”, o que remete à discussão realizada no primeiro capítulo sobre o enquadramento histórico da contracepção produzido nessa configuração. Em seguida, a ginecologista lista quais seriam as consequências caso mulheres e homens estivessem satisfeitos com suas “necessidades de anticoncepção”: redução na incidência de gravidezes não planejadas, de abortamentos e na morbimortalidade<sup>206</sup> materna. Laura não aborda as razões pelas quais tais necessidades não são satisfeitas ou mesmo se é possível que os métodos anticoncepcionais hoje disponíveis sejam capazes de satisfazer as necessidades de anticoncepção das pessoas. Além disso, é necessário lembrar também que o aborto é legalizado no Brasil apenas nos casos de risco de morte da mulher, estupro e de fetos anencéfalos. Laura não aborda a relação entre aborto provocado, sua ilegalidade e a morbimortalidade materna. O aborto é apresentado como “problema” que dispensa explicações.

Seguiu, assim, tratando da gravidez não planejada, que seria, por sua vez, associada aos números de abortos e de morbimortalidade materna. Com referência aos dados produzidos pelo Instituto Guttmacher<sup>207</sup>, afirmou:

No mundo, aproximadamente 40% das gestações não são planejadas e, infelizmente, na América Latina, essa incidência é maior. Ela chega a atingir quase 60% das gestações. Trazendo assim um maior número de abortamentos provocados. No nosso país, aproximadamente 55,4% das gestações não são planejadas (Laura, Sogesp 2020).

Seguiu comentando sobre a gravidez não planejada, acrescentando outras razões, além do aborto e da morbimortalidade materna, pelas quais ela é um problema:

**E por que falar de uma gravidez não planejada? Porque ela é considerada uma gestação de risco, ela é um problema de saúde pública. Ela é um problema social, econômico, emocional e traz um aumento de risco materno e fetal.** Quando o intervalo interpartal é curto, menor do que 24 meses, principalmente em intervalos menores do que 15 meses, há uma maior incidência de abortamento, de pré-eclâmpsia, diabetes, anemia, de infecção, de mortalidade materna, de prematuridade e de baixo peso, trazendo consequências sérias tanto para mãe, como foi visto aqui para o feto (Laura, Sogesp 2020, grifos meus).

Se antes, a ginecologista já vinha falando da gravidez não planejada em termos epidemiológicos, aqui outros termos aparecem associados a ela, como “gestação de risco”, “problema de saúde pública” e “problema social, econômico, emocional”, além da

---

<sup>206</sup> Morbimortalidade é um conceito da epidemiologia que se refere à incidência de doenças e/ou óbitos em determinada população.

<sup>207</sup> O Instituto Guttmacher é uma organização sem fins lucrativos localizada nos Estados Unidos da América. A organização foi filiada ao Planned Parenthood Federation of America (PPFA) até 2007 e trabalha com pesquisa e políticas públicas relativas à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos. Conferir <https://www.guttmacher.org/>.



responsabilização pelo aumento de “risco materno e fetal”. Por fim, ainda, acrescenta um outro problema, que seria o “intervalo interpartal curto” (menor que 24 meses e, principalmente, que 15 meses), que traria ainda outras várias consequências, como abortamento, pré-eclâmpsia, diabetes, anemia, infecção, mortalidade materna, prematuridade e baixo peso. Laura não evidencia qual é a relação desse intervalo interpartal com a gravidez não planejada; não é possível estabelecer se tais consequências aparecem quando os dois eventos (gravidez não planejada e intervalo interpartal curto) acontecem simultaneamente ou se apenas o curto intervalo levaria a essas complicações. De toda forma, para ficar implícito que a gravidez não planejada é um problema ainda maior se associado a tal intervalo.

Enfim, após essa introdução, a ginecologista abordou diretamente o aconselhamento contraceptivo, especificando seus objetivos: “Então qual o objetivo de um bom aconselhamento contraceptivo? É melhorar a qualidade de vida do casal e, principalmente, da mulher. É fazer com que haja uma redução importante na incidência de gravidez não planejada” (Laura, Sogesp 2020). Aqui, podemos pensar a apresentação do “objetivo” do aconselhamento como sendo também o objetivo dos ginecologistas, sua “missão” contraceptiva. Se no capítulo anterior, trata-se de “traduzir evidências” ou “tranquilizar” as potenciais usuárias quanto aos riscos das pílulas, aqui aparecem objetivos mais amplos em termos de contracepção, que ficam implícitos lá. Refiro-me principalmente ao segundo objetivo apresentado, que é epidemiológico e não faz referência às mulheres ou aos casais, mas a números (“incidência”) relativos à gravidez não planejada. A necessidade de tranquilizar as usuárias de pílulas e de incentivar a adesão aos métodos contraceptivos é apresentada aqui: se a gravidez não planejada é automaticamente associada a uma “gestação de risco” e a um “problema de saúde pública”, bem como “social, econômico, emocional”, evitá-la com muito empenho se torna uma prioridade para os médicos. Essa, contudo, não é uma conversa estimulada a se ter diretamente com a usuárias de contracepção, ficando restrita à discussão da ginecologia. Levando-se em conta as consequências da gravidez não planejada, a adesão aos métodos contraceptivos é tida como algo bom, ainda que implique alguns efeitos colaterais e outros riscos. O primeiro objetivo apresentado - “melhorar a qualidade de vida do casal e, principalmente, da mulher” - é bastante abstrato, não havendo referência a qualquer especificidade do significado de “qualidade de vida”. Voltarei a esse ponto, contudo, no próximo capítulo.

Quando se trata das relações que produzem a “escolha” das mulheres (e casais) por método contraceptivo, aos quais a médica também faz referência, outros fatores aparecem, como motivação, informação, interpretação, estilo de vida, facilidade, praticidade e custo:

A escolha do método depende de várias coisas. Ela depende da motivação desta mulher, do tipo de informação, da decisão - que não é só da mulher, que pode ser dividida com o seu parceiro, e então ser uma decisão do casal -, do que essa mulher entende como método anticoncepcional, de como ela interpreta, seu comportamento, o estilo de vida dessa paciente, se é um método fácil, prático, o custo desse método. Como vocês estão vendo, várias coisas podem interferir na escolha e na opção de um método contraceptivo (Laura, Sogesp 2020).

Reconhece-se, assim, diversos fatores que influenciam nessa “escolha”, não reduzindo-a apenas à relação entre médico e usuária de contraceptivos. Contudo, como o objetivo da apresentação é o “aconselhamento contraceptivo”, a ginecologista continua centrando principalmente nessa relação, na qual a informação dada pelos ginecologistas às pacientes é o fator mais relevante. Para isso, faz referência a um projeto de pesquisa intitulado “*Thinking about needs in contraception*”, um estudo patrocinado pela Bayer e realizado em diferentes países. A pesquisa quantitativa foi realizada no Brasil e em outros 11 países europeus por meio de questionários *online* com usuárias de contraceptivos e médicos, tendo como objetivo “identificar a relação entre mulheres e métodos anticoncepcionais, além das opiniões e percepções dos médicos sobre o assunto” (Machado et al, 2020, p. 257, tradução minha). Segundo o artigo publicado sobre a parte brasileira da pesquisa, ainda, buscou-se avaliar “o uso e conscientização de anticoncepcionais, a satisfação com o método atual, além de identificar as necessidades e expectativas das mulheres em relação à contracepção bem como o interesse em receber mais informações sobre todos métodos” (Machado et al, 2020, p. 257, tradução minha).

Os resultados da parte brasileira da pesquisa foram citados no congresso online da Sogesp de 2020, tendo sido publicada na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Machado et al, 2020), apresentada como uma revista mensal de divulgação científica da Febrasgo. A revista, direcionando-se a ginecologistas e obstetras, objetiva publicar resultados de pesquisas sobre temas relevantes a esse campo<sup>208</sup>. A maior parte dos autores do artigo fazem parte da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo e incluem Laura. Segundo o artigo, no caso específico da pesquisa brasileira, os objetivos foram descritos da seguinte forma:

Avaliar a consciência e o conhecimento autorreportado das mulheres sobre contracepção; detectar qual anticoncepcional é mais frequentemente recomendado por médicos e preferido por mulheres; avaliar a satisfação e adesão ao método atual; avaliar como os médicos estimam seu próprio desempenho em termos de aconselhamento anticoncepcional e serviços oferecidos em comparação com a percepção das mulheres (Machado et al, 2020, p. 257, tradução minha).

---

<sup>208</sup> Disponível em: <https://www.scielo.br/journal/rbgo/about/#about>. Acesso em 20/08/2021.

A pesquisa brasileira foi desenhada em conjunto com uma organização especializada em pesquisa de mercado (Psyma Health and Care) e com a empresa patrocinadora, Bayer. Os ginecologistas que responderam ao questionário foram selecionados em um banco de dados de pesquisa de mercado e tinham pelo menos dois anos de experiência clínica e aconselhamento contraceptivo. As mulheres (entre 18 e 49 anos), por sua vez, eram convidadas a participar da pesquisa pelos próprios médicos. O questionário final incluía 18 questões para as mulheres e 17 para os médicos, sendo elaborados para serem respondido em 10-15 minutos. O estudo foi realizado entre fevereiro e novembro de 2017 e a empresa Psyma fez a análise estatística dos dados. Os médicos receberam ainda incentivo monetário e um relatório com as respostas das suas pacientes, em números (Machado et al, 2020, p. 257). Quanto às características dos que responderam aos questionários, o artigo afirma:

De fevereiro a novembro de 2017, 50 médicos brasileiros e 1.113 mulheres responderam ao questionário online. Entre os médicos, 78% eram ginecologistas e obstetras e 22% eram apenas ginecologistas. Sessenta e seis por cento dos médicos eram mulheres. Todos trabalhavam em consultório particular e 12% mencionaram que também trabalhavam em ambiente hospitalar. Esses médicos tinham em média 26 anos de experiência na profissão. Participaram do estudo 1.113 mulheres, com idade média de 32 anos. Quarenta e dois por cento da amostra corresponde à faixa etária de 18 a 29 anos; 39% de 30 a 39 anos; e 19% corresponde à faixa etária entre 40 e 49 anos. Cinquenta e seis por cento delas estavam casadas ou em união estável; 74% delas tinham empregos em tempo integral ou parcial. Quase metade das mulheres eram mães, com uma média de 2 filhos. Em relação ao planejamento familiar, no momento da entrevista, apenas 4% das mulheres estavam grávidas ou planejando ter filhos e 3% mencionaram que planejavam engravidar nos próximos 2 anos. A maioria das mulheres, 81%, não planejava ter filhos dentro de 5 anos (Machado et al, 2020, p. 257, tradução minha).

Destaco aqui, sobretudo, que se trata de uma pesquisa que foi realizada com médicos e usuárias do sistema privado, embora isso não tenha sido mencionado nas referências à pesquisa nos congressos. Volto às explicações de Laura sobre a pesquisa e sobre o aconselhamento contraceptivo. A médica apresentou em cinco slides alguns dos resultados dessa pesquisa, comentando-os. No primeiro slide, havia a especificação de quantos médicos e mulheres foram pesquisados em todo o mundo (879 e 8875, respectivamente) e no Brasil (50 e 1113). Apontava ainda para a distribuição regional dos médicos que participaram da pesquisa, sendo 30 da região Sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro), 10 da região Nordeste (Recife) e 10 da região Sul (Porto Alegre). No segundo, apresentou dados sobre quem tomava iniciativa de discutir sobre contracepção nas consultas médicas. Junto a eles, a ginecologista comentou:

Em um estudo realizado em vários países, e que o Brasil fez parte, denominado de pesquisa TANCO. TANCO de “*Thinking About Needs in Contraceptives*”. Foi também feito no Brasil. Nós pudemos observar que os nossos dados, nesse quesito de avaliação da pesquisa sobre se é feita ou não a informação ou aconselhamento na consulta ginecológica, os dados são muito parecidos com o que ocorre no mundo.

Então cerca de metade das pacientes dizem que elas tiveram iniciativa de perguntar sobre anticoncepção, e o restante disse que quem falou de uma forma ativa foi o médico que estava atendendo. Mas o que eu quero chamar a atenção é que 61% das mulheres, independente se elas já estavam ou não utilizando alguma forma de anticoncepção, elas queriam, elas desejavam ter mais informação sobre outros métodos anticoncepcionais (Laura, Sogesp 2020).

Em seguida, Laura comentou os resultados da pesquisa no tocante ao conhecimento das mulheres pesquisadas quanto aos diferentes contraceptivos (Tabela 2) e à comparação entre os tipos de métodos contraceptivos utilizados no Brasil com os utilizados nos 11 países europeus pesquisados (Tabela 3).<sup>209</sup>

Tabela 2 - Conhecimento das mulheres pesquisadas sobre os diferentes contraceptivos

	<b>Não Conhece</b>	<b>Ouviu Falar</b>	<b>Sabe o Básico</b>	<b>Conhece Muito Bem</b>
<b>Contraceptivo de Emergência</b>	3%	3%	19%	75%
<b>Pílulas Combinadas</b>	6%	5%	18%	72%
<b>Métodos Naturais</b>	4%	9%	25%	62%
<b>Injeção Hormonal</b>	4%	9%	28%	58%
<b>Minipílulas (apenas de progestagênio)</b>	10%	11%	25%	54%
<b>SIU Hormonal</b>	6%	15%	36%	42%
<b>DIU de Cobre</b>	11%	17%	35%	37%
<b>Adesivo Hormonal</b>	8%	26%	36%	30%
<b>Anel Vaginal</b>	11%	30%	37%	22%
<b>Implante Hormonal</b>	15%	31%	35%	19%
<b>Espermicida</b>	29%	33%	28%	10%

Fonte: Machado et al, 2020, p. 259.

Tabela 3 - Métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres pesquisadas no Brasil em comparação com 11 países europeus

	<b>Países Europeus</b>	<b>Brasil</b>
<b>Pílulas Combinadas</b>	33%	33%
<b>Minipílulas (apenas de progestagênio)</b>	16%	18%
<b>Preservativos</b>	27%	17%
<b>Injeção Hormonal</b>	2%	10%
<b>SIU Hormonal</b>	9%	6%

<sup>209</sup> Tanto na apresentação de Laura quanto no artigo publicado (Machado et al, 2020), os dados são divididos entre “Brasil” e “Global”, embora o último se refira aos 11 países europeus. Os nomes desses países também não são especificados.

<b>Métodos Naturais</b>	7%	4%
<b>DIU de Cobre</b>	6%	2%
<b>Anel Vaginal</b>	5%	2%
<b>Contraceptivo de Emergência</b>	2%	1%
<b>Implante Hormonal</b>	2%	1%
<b>Nenhum</b>	10%	11%

Fonte: Machado et al, 2020, p. 259.

Em conjunto com a apresentação desses dados - que não foram comentados de maneira alongada, mas apenas expostos rapidamente nos slides - a ginecologista comentou:

Nessa pesquisa, foi perguntado se as pacientes conheciam os vários métodos anticoncepcionais, e o que que nós vemos aqui... Que na nossa população, aqui no Brasil, o método mais conhecido foi a anticoncepção de emergência, seguida pelos anticoncepcionais hormonais orais, o que era de se esperar. Mas chama a atenção que o número importante de mulheres não conhecia... Isso quer dizer que nunca tinha ouvido falar nem do dispositivo intrauterino de cobre e muito menos aqui do implante. Nesse outro dado, quando nós avaliamos qual é o método mais utilizado no nosso país, nós observamos que é semelhante aos dados mundiais, então os métodos mais utilizados são os hormonais orais, tanto a pílula combinada quanto os anticoncepcionais só com progestagênio. Infelizmente a utilização dos métodos de longa duração, eles são em pequena incidência (Laura, Sogesp 2020).

A lamentação em torno da baixa incidência do uso de LARCs (DIU de cobre, implante e SIU hormonal) está relacionada à eficácia e efetividade, que seria maior que as de métodos como as pílulas, anéis e adesivos. Tendo ainda como base a pesquisa TANCO, Laura diz: “Então quando a paciente vai em busca de um método anticoncepcional, quais são as principais preocupações? Ou então, qual é o maior desejo dessas mulheres? Elas buscam métodos de alta eficácia e que tenham poucos efeitos colaterais” (Laura, Sogesp 2020). No artigo, essa informação sobre a preferência das mulheres aparece da seguinte forma: “Quando questionadas sobre os principais atributos desejados de qualquer método anticoncepcional, as mulheres responderam eficácia e segurança (boa confiabilidade e menor risco de trombose em 93% e 94%, respectivamente), características relacionadas aos LARCs” (Machado et al, 2020, p. 259, tradução minha). Ou seja, no artigo também é apontada uma contradição entre a busca das mulheres por eficácia e segurança (não coincidentemente é a preocupação com o risco de trombose que é traduzida como “segurança”) e a baixa incidência de uso de LARCs. Tal contradição é apresentada da seguinte forma no artigo:

No entanto, quando analisamos seu uso no Brasil em comparação com outros países participantes, notamos que menos da metade (34% contra 66% do total global) das mulheres usavam LARCs. Nossa baixa taxa de utilização nos leva a pensar que a implementação de medidas governamentais e institucionais para aumentar a conscientização sobre reprodução e planejamento familiar acabará por levar a um

aumento do uso de LARCs e, conseqüentemente, a uma diminuição da taxa de gravidez não planejada em nosso país (Machado et al, 2020, p. 259, tradução minha).

Essa também é a direção que toma a apresentação de Laura que, apesar de ter citado também a busca por menores efeitos colaterais, dá continuidade referindo-se apenas à importância de falar sobre eficácia dos contraceptivos no aconselhamento. Ela sublinha as diferenças entre as taxas de eficácia entre os contraceptivos de curta e de longa duração, principalmente em relação à distinção entre “uso perfeito” e “uso típico” dos contraceptivos:

Então nós precisamos falar da eficácia desses métodos. Aqui nós estamos comentando sobre os métodos hormonais orais e nós precisamos avisar e falar para as nossas pacientes que existe uma diferença entre o uso perfeito, que é o uso teórico, né, em que a eficácia é sempre maior - porque aqui não há nenhum erro, não há nenhum uso incorreto -, que é muito diferente da eficácia de uso típico. Uso típico é quando a gente faz a conta, quer dizer, que a paciente esquece, ela atrasa. Então aqui a eficácia é de 0,3<sup>210</sup> em uso perfeito para os métodos hormonais [refere-se, exposto no slide, às pílulas, adesivos e anel vaginal], enquanto no uso típico, ela sobe para nove. Então no uso perfeito, se a gente observar, a eficácia dos métodos de curta duração são muito próximas dos métodos de longa ação, do DIU, do sistema intrauterino de levonorgestrel, e aí o implante, que é o método que tem a maior eficácia, que é 0,05... lembrando que é 0,05 para cada 100 mulheres que usaram o método durante um ano. Quando nós falamos para as nossas usuárias sobre a utilização dos anticoncepcionais hormonais orais, ela tem que tentar entender que a taxa de falha no uso teórico, no uso perfeito, ela é muito baixa, mas que no uso rotineiro, essa taxa ela se eleva. O que a gente também tem que comentar? Que existem métodos que apresentam uma eficácia bem maior. E que é muito próxima a taxa de eficácia do uso teórico, do uso perfeito com o uso rotineiro, que é o caso dos métodos de longa ação. Que são descritos como o dispositivo intrauterino de cobre, o sistema intrauterino de levonorgestrel e o implante. **Quando nós falamos de métodos de longa ação, a taxa de falha independe da faixa etária. Então nós temos aqui os métodos de longa ação em pacientes com mais de 21 anos e com menos de 21 anos, a taxa foi a mesma. Enquanto que nos métodos de curta ação, que vai acontecer? Entre as adolescentes, essa taxa de falha é bem maior. Por quê? Porque nesse grupo etário, a chance de erro, a chance de atraso, a chance de uso incorreto é maior** (Laura, Sogesp 2020, grifos meus).

Além dessa referência, bastante comum, às adolescentes, comumente colocadas como um grupo de maior risco de gravidez não planejada (como já vimos com Larissa acima), a ginecologista também faz alguns comentários mais específicos - com base na pesquisa TANCO - sobre o uso típico da pílula:

Voltando aqui ao estudo, na pesquisa TANCO, realizada no nosso país, quando a pergunta foi se a paciente esquecia algum comprimido, veja só a resposta: 47% das nossas usuárias esqueceram pelo menos um comprimido nos últimos três meses, sendo que 17% delas esqueceram mais do que três vezes. Quando nós perguntamos como elas se sentiam, elas se sentiam nervosas e preocupadas, mostrando que isso gera uma insatisfação em relação à utilização desse método. O que nos preocupa? Nos preocupa é que menos do que uma usuária em cada dez procura o seu médico para se orientar. Então essas pacientes, apesar de elas se esquecerem, elas se atrasarem, elas não vão em busca de orientação. E outro fator: 46% delas continua utilizando o

---

<sup>210</sup> Número se refere ao risco de gestação em 100 mulheres por ano (é possível traduzir, portanto, como 3 gravidezes em 1000 mulheres por ano).

método sem nenhuma outra forma de orientação<sup>211</sup>. (...) Então aqui, o que que a gente tem que lembrar e eu penso que é importante: 47% das mulheres brasileiras esquecem pelo menos um comprimido por mês. E lembrar que quando elas são convidadas a conhecer outros métodos, 70% delas se interessam por métodos de longa ação. 42% dessas pacientes acreditam que as mulheres precisam fazer um descanso. Gente, a gente já não orienta isso há mais não sei de quantos anos. Isso não é uma coisa que deve ser feita. A paciente não deve parar de tomar o anticoncepcional. Ela só deve parar de tomar o anticoncepcional se ocorrer algum efeito adverso importante ou se ela pensa em engravidar, ou se ela vai deixar de ter vida sexual. E outro fator que chama a atenção é que 32% delas [usuárias de pílulas], elas apresentam medo em relação ao método. Então há uma falta de orientação, há uma falta de esclarecimento em relação ao método que ela está usando (Laura, Sogesp 2020).

Aqui, vemos uma ênfase, que não apareceu nas apresentações descritas nos capítulos anteriores, nos “problemas” relativos ao uso de pílulas anticoncepcionais; problemas que dizem respeito, sobretudo, à eficácia do medicamento e que são atribuídos à “falta de conhecimento e orientação das usuárias”. Ao mesmo tempo, a afirmação de que 70% das “mulheres brasileiras” (relembro aqui que se trata de uma pesquisa com 1113 usuárias do sistema privado) têm interesse em métodos de longa ação serve para chamar atenção dos ginecologistas ouvintes da necessidade de promover esses métodos. O mesmo se dá com a comparação entre o uso típico entre métodos de curta e longa duração, que enfatizam a maior eficácia dos últimos. O argumento vai na mesma direção daquele que vimos com Jéssica, que entende que a eficácia superior dos LARCs deve ser enfatizada para as usuárias de contraceptivos. Outro ponto que parece ficar implícito nesses apelos é que até então esses métodos de longa duração, bem como sua eficácia, não eram apresentados da mesma forma que os de curta duração.

Por outro lado, ainda que se reconheça “problemas” nas pílulas, eles não dizem respeito à segurança. O medo sentido por suas usuárias é atribuído à falta de “orientação e esclarecimento”, da mesma maneira que vimos nos capítulos anteriores, não havendo reconhecimento de que possa haver em seu uso algum risco que algumas mulheres não estão dispostas a correr. Isso volta a aparecer quando Laura lista suas recomendações quanto ao aconselhamento contraceptivo especificamente em relação às pílulas. Levando em consideração os problemas acima citados, ela entende que alguns deles podem ser amenizados a partir do aconselhamento - tanto no que diz respeito à eficácia quanto em relação aos efeitos adversos:

Baseado em tudo isso que foi falado, precisamos falar então sobre como a paciente deve usar o anticoncepcional. Nas visitas, nas consultas, nós precisamos orientar em relação ao atraso, ao esquecimento, se ela faz uso de algum tipo de medicação... Lembrando aqui que algumas medicações têm interação medicamentosa e podem reduzir a eficácia, orientar também se essa paciente apresenta vômitos e diarreias.

---

<sup>211</sup> Laura cita ainda que, do outro lado, os médicos de tais usuárias acreditam ser contatados por 40% das pacientes em caso de “tomada inadequada da pílula”.

Orientar e falar sobre os principais eventos adversos, então as queixas mais comuns, a presença de cefaleia, sangramentos, dores na mama e epigastralgia, que essa paciente ela pode ser orientada, no sentido de melhorar esses eventos ou então até de se trocar pra um outro método anticoncepcional, mas que ela sabendo que isso pode ocorrer e que tem formas de amenizar essas queixas, ela não vai abandonar o método correndo e aumentando o risco de uma gravidez não planejada. (...) Outro fator importante que é dado em trabalhos que falam sobre o aconselhamento é que quando a paciente sabe quais são os principais efeitos colaterais, ela diminui a taxa de descontinuidade. Neste trabalho<sup>212</sup>, um dos maiores relatos de queixas das pacientes é em relação ao ganho de peso e alteração da libido. E nós sabemos que tanto ganho de peso quanto a libido está relacionada a outros fatores, e não apenas ao anticoncepcional. E que se essa paciente fosse orientada, ela não teria abandonado, ela não teria descontinuado o método, com isso reduzindo o risco de gravidez não planejada (Laura, Sogesp 2020).

No tocante à eficácia, a ginecologista enfatiza a necessidade de orientar em relação ao que fazer no caso de esquecimentos e atrasos no uso das pílulas, além de sublinhar possibilidades de diminuição da eficácia decorrentes de interações medicamentosas, vômitos e diarreia. Quanto aos efeitos colaterais, Laura também enfatiza a necessidade de comunicar previamente da possibilidade de alguns efeitos, entendendo que esse aviso prévio diminuiria a descontinuidade do método. Contudo, é interessante perceber que enquanto alguns efeitos são reconhecidos como associados à pílula - é o caso da cefaleia, sangramentos, dores na mama e epigastralgia, outros são desconsiderados como decorrentes dela, como alteração no peso e na libido. A médica assim entende que, nesses casos, a orientação dos médicos evitaria a descontinuidade, pois faria com que a usuária de pílula não associasse tais efeitos ao medicamento. Guazzeli não aventa a possibilidade de que tal orientação seja entendida como uma forma de desconsideração da associação realizada pela usuária, nem a possibilidade de que ela ignore a recomendação médica ou faça os próprios testes (parando de usar a pílula, por exemplo) a fim de identificar se essa associação entre o medicamento e os efeitos se confirma. Enfim, é notável também que, dentre os efeitos colaterais citados e reconhecidos, o risco de trombose não apareceu.

Laura continua ainda se referindo aos desejos das mulheres em relação ao aconselhamento, desta vez citando um trabalho intitulado “*Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice?*” (Merckx, 2011):

O que que a paciente deseja de um aconselhamento? O que que ela quer? Então, quais são os principais quesitos na escolha de um método anticoncepcional? A paciente vem em busca cada vez mais de métodos com alta eficácia e de métodos seguros. E o que que nesse trabalho, nesse levantamento foi visto? Que as pacientes escolhem métodos que são métodos que são comentados e colocados por pessoas próximas, então ela escolhe o método que a vizinha usa, que a amiga usa, que a prima usa. Por quê? Porque ela não tem a orientação adequada do seu médico, e porque muitas delas não questionam e não perguntam sobre métodos anticoncepcionais. E nesse trabalho

---

<sup>212</sup> Aqui, o trabalho citado no slide é intitulado “Contraceptive Behaviors in Polish Women Aged 18-35-a Cross-Sectional Study” (Zgliczynska, 2019).



também se coloca que o médico, ele tem uma grande influência sobre a paciente, sobre a escolha, então cada vez mais nós precisamos falar e apresentar os métodos anticoncepcionais informando sobre sua eficácia e sobre a sua segurança (Laura, Sogesp 2020).

Aqui, além de aparecer novamente a busca “das mulheres” por alta eficácia e segurança, Laura reconhece que a influência de pessoas próximas à usuária em potencial faz bastante diferença na escolha por certos contraceptivos, mas ela atribui tal influência à falta de “orientação adequada do médico”, supondo que a influência desse último seria sempre maior. Sublinha, assim, a importância da atuação médica e a necessidade de informar à paciente sobre eficácia e segurança dos métodos, naqueles termos que vem desenvolvendo sua apresentação.

Por fim, Laura cita uma revisão sistemática da *Cochrane Database* sobre estratégias para melhorar adesão e continuidade em métodos de contracepção hormonal de curto prazo (Mack et al, 2019) para dar suas orientações finais sobre aconselhamento contraceptivo. Segundo a ginecologista, a revisão, ao analisar dez estudos randomizados com 6242 mulheres, concluiu que não havia diferença entre as usuárias que receberam ou não aconselhamento contraceptivo. Por outro lado, haveria alguns estudos - limitados e de baixa evidência - que indicariam alguma melhora na taxa de continuidade, de adesão e de eficácia desses métodos a partir do aconselhamento. Apesar, contudo, dos estudos não darem evidências definitivas sobre a importância do aconselhamento contraceptivo na melhora desses critérios, Laura encerra sua apresentação deixando a seguinte mensagem final:

Então desta forma, sobre tudo que eu falei, eu gostaria de deixar uma mensagem. Primeiro, fale sobre todos os métodos contraceptivos, mesmo que a paciente já tenha feito sua escolha. Na grande maioria das vezes, a paciente já chega pedindo um método. Tudo bem, explique e fale sobre o método que a paciente está escolhendo, que ela está optando. Mas não perca a oportunidade de apresentar outros métodos. Fale sobre a eficácia de todos os métodos, explique o que é a eficácia teórica e a eficácia de uso rotineiro. Fale sobre o uso correto do método. Fale que a paciente, se ela opta por um método hormonal oral, que ela deve tomá-lo todos os dias por volta do mesmo horário, sem esquecer e sem atrasos. E explique as principais queixas. Se você puder fazer todas essas orientações, com certeza as usuárias dos métodos contraceptivos hormonais orais vão agradecer. Porque com isso, você vai estar reduzindo a incidência de uma gravidez não planejada, lembrando aqui dos riscos dessa gravidez, e que num grande número delas, ela também se associa a uma gravidez não desejada (Laura, Sogesp 2020).

Assim, retoma a importância de apresentar todos os métodos anticoncepcionais, embora fique implícito que os mais relevantes sejam os hormonais e os LARCs, já que “métodos naturais”, preservativos e/ou espermicida, embora apareçam na pesquisa TANCO e nos slides, não são diretamente citados e incentivados na apresentação (o diafragma, por outro lado, não aparece nem na pesquisa). A ênfase na diferença entre eficácia “teórica” e “uso rotineiro” também

parece enfatizar a apresentação dos LARCs. Quanto às pílulas, reforça importância das orientações quanto à forma de uso e “principais queixas” (as citadas anteriormente). Finalmente, ainda reforça o objetivo que parece ser o mais importante no aconselhamento contraceptivo: a diminuição da gravidez não planejada e seus riscos.

Nesse sentido ainda, chamo atenção novamente para o artigo fruto da parte brasileira da pesquisa TANCO, que também parece incentivar a promoção dos LARCs. O artigo inicia afirmando a importância da orientação contraceptiva centrada nas “necessidades individuais das mulheres, particularmente relacionadas ao estilo de vida, fatores de risco, benefícios adicionais e eficácia” e descrevendo o aconselhamento contraceptivo “moderno” como tendo como pilares “o foco na mulher como elemento central” e o “estímulo à discussão individual, permitindo que o método seja escolhido por meio de uma decisão compartilhada”. Coloca, no entanto, o “problema” da persistência da gravidez não planejada, que continuar apesar do “crescente número de usuárias de métodos anticoncepcionais e da variedade disponível”. Apresenta então duas questões que contribuiriam com esse quadro: a dificuldade de acesso aos métodos anticoncepcionais em algumas regiões mais pobres do país e o uso incorreto de alguns métodos, que estariam relacionados à taxa de falha maior. Esse uso incorreto é associado ainda à pouca consciência sobre as características dos métodos, à falta de motivação para o uso e à insatisfação com o método escolhido (Machado et al, 2020, p. 256, tradução minha).

Em seguida, ainda na introdução, o artigo apresenta duas pesquisas relativas ao uso de LARCs. A primeira, o estudo norteamericano intitulado CHOICE (Secura et al, 2010), teria mostrado que “o aumento do conhecimento e a remoção das barreiras financeiras levaram a um aumento do uso, satisfação e taxa de continuação de anticoncepcionais reversíveis de longa duração (LARCs)”. Teria sido a partir desse estudo que algumas entidades internacionais teriam incorporado a recomendação de LARCs como primeira linha de escolha entre todos os métodos. Aponta ainda, complementarmente, que, no Brasil, os profissionais de saúde e, “particularmente os ginecologistas, ainda são a fonte mais confiável de informações sobre saúde sexual e, portanto, estão em uma posição central para aconselhamento contraceptivo, apesar do aumento global no uso da internet e das mídias sociais” (Machado et al, 2020, p. 256-257, tradução minha). Cita também um “estudo alemão” (Oppelt et al, 2017) que, segundo o próprio artigo, “investigou diretamente em que medida a escolha do método anticoncepcional pelas mulheres depende de seus ginecologistas e se um aconselhamento mais extenso poderia aumentar o interesse em usar um LARC”. Como resultado, encontrou que 9% das 18521 mulheres usavam LARCs, embora 60% os considerariam uma opção se recebessem mais informações a respeito.

Os ginecologistas, por outro lado, teriam subestimado tal interesse, acreditando que somente 18% poderiam preferi-los (Machado et al, 2020, p. 256-257, tradução minha).

Essa introdução, que sublinha os problemas relacionados ao uso incorreto de contraceptivos de uso de curto prazo (como as pílulas, anel vaginal, adesivos, injeções) e enfatiza os benefícios dos LARCs e a forma como seu interesse é subestimado por ginecologistas, indica que se trata também, nesse artigo, de defender sua promoção. É nesse sentido também que, dentre os resultados do artigo, há uma seção dedicada ao uso incorreto de métodos de curto prazo (cujos resultados foram citados brevemente por Laura em sua apresentação), uma sobre interesses das mulheres em receber mais informações sobre métodos contraceptivos e outra específica sobre o interesse em mais informações sobre os LARCs. Dentre os resultados, apresentou-se que 61% das mulheres pesquisadas desejavam saber mais sobre outros métodos contraceptivos, 76% demonstraram interesse em receber mais informações sobre métodos com baixa dose hormonal e 90% tinham interesse em utilizar métodos com baixa dose hormonal independente de idade, estado civil, paridade e método utilizado no momento (Machado et al, 2020, p. 262). Embora não tenham sido apresentadas as perguntas presentes no questionário, pressupõe-se que havia, portanto, alguma pergunta que fazia referência a esse tipo de método (baixa dose hormonal). Interessante notar que não se perguntou, contudo, sobre interesse em métodos não hormonais (no caso dos LARCs, apenas o DIU de cobre). Além disso, não há referências ao que se entenderia como baixa dose, já que, como vimos nos capítulos anteriores, as pílulas vendidas atualmente também são consideradas de baixa dose pelos ginecologistas, embora nem sempre as usuárias entendam da mesma maneira.

Na seção específica sobre LARCs, apresentou-se que 60% das mulheres afirmaram que LARCs seriam uma opção caso tivessem mais informações a respeito, contrastando com os 18% de ginecologistas que consideraram que as pacientes teriam interesse, mesmos números do “estudo alemão” citado na introdução (Machado et al, 2020, p. 262-263, tradução minha). As conclusões do artigo, por fim, também destacam os LARCs e a importância de diminuir as taxas de gravidez não planejada no país, da mesma forma que a apresentação de Laura:

Portanto, há uma grande necessidade de aumentar o conhecimento sobre métodos altamente eficazes, como os LARCs. Apesar das altas taxas de satisfação com o método atual, as mulheres estavam interessadas em receber mais informações sobre todos os métodos anticoncepcionais, principalmente sobre os LARCs. Isso representa uma grande oportunidade para o profissional de saúde discutir seu uso, principalmente porque as mulheres muitas vezes têm conhecimento limitado sobre esses métodos. Ao escolher um anticoncepcional, as mulheres consideraram a segurança e a eficácia como os dois atributos mais importantes. Mais atenção às necessidades e expectativas individuais pode levar a mais conhecimento sobre os métodos, discussões mais

eficientes e maior probabilidade de escolha do anticoncepcional adequado para cada mulher, levando a maiores taxas de satisfação e de continuidade do uso e, em última instância, contribuindo para a redução das taxas de gravidez não planejada em nosso país (Machado et al, 2020, p. 264, tradução minha).

Há, portanto, tanto na apresentação de Laura quanto no artigo, o reconhecimento de que nem todos os métodos contraceptivos são apresentados às potenciais usuárias. Também indica que, embora haja estímulo à apresentação de todos os métodos, parece haver um movimento em direção ao incentivo específico do uso dos LARCs nesses espaços. Sendo a pesquisa TANCO patrocinada e desenhada com apoio da Bayer, que produz o SIU hormonal, ali o desejo das mulheres por mais conhecimentos sobre os métodos - “especialmente os LARCs” - é articulado a partir de uma pesquisa com um grupo de mulheres bastante específico. Parece que esse movimento também aproveita a oportunidade de um momento em que há aumento da resistência aos contraceptivos orais combinados, apresentados como contraponto aos LARCs. Trata-se, portanto, de articulações diferentes daquelas descritas nos capítulos 2 e 3, nas quais as pílulas eram defendidas. Aqui, os LARCs são estimulados em detrimento da pílula, mas isso não acontece a partir de um reconhecimento dos riscos ou efeitos colaterais incômodos das pílulas, mas de uma apresentação dos LARCs como mais eficazes, já que as primeiras estariam sujeitas a condições como “falta de motivação” e “insatisfação” das mulheres. O que não é dito, no entanto, é a forma como os LARCs resolveriam tais problemas: com a diminuição do controle diário das mulheres sobre seu método contraceptivo. Assim, embora o artigo inicie apresentando a abordagem da saúde reprodutiva (cuja avaliação de risco seria centrada na usuária), ao longo do artigo há certa valorização da eficácia e da continuação do uso como atributos principais de um contraceptivo, enquanto outros aspectos (como riscos e efeitos colaterais) não são abordados.

Além disso, chamo atenção também para o fato que a categoria gravidez não planejada, comumente dividida entre “não desejada” e “inoportuna” (não desejada para aquele momento em específico), nem sempre dá conta das relações possíveis com a reprodução. A título de exemplo, contraste essas categorias com aquelas utilizadas nas práticas da percepção da fertilidade, nas quais é possível utilizar o método enquanto “tentante” (buscando engravidar), “evitante” (evitando engravidar) ou “arriscante”. Chamo atenção para a última categoria porque ela é bastante maleável e tenta dar conta dos casos em que o método é utilizado com regras menos rígidas, porque se trata de momentos em que uma gravidez não seria necessariamente planejada, mas também não seria considerado algo ruim. É uma forma de articular uma certa abertura justamente para o não planejado, o que não significa que a gravidez

venha a ser inoportuna ou indesejada. Contudo, certamente com os LARCs, esse tipo de abertura não é possível, já que o controle diário/mensal sobre esses métodos contraceptivos não são possíveis. Isso não significa dizer que não sejam métodos que possam ser adequados em diferentes situações, mas entendo ser importante sublinhar algumas práticas que o enquadramento epidemiológico acaba excluindo.

#### 4.3.3 A produção da gravidez na adolescência e na pobreza como de risco

Retomo nesta subseção a Mesa Redonda em Anticoncepção que aconteceu no XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia, entre os dias 2 e 4 de agosto de 2018 em Porto Alegre, sobre a qual já me debrucei no capítulo 3. Chamo atenção especificamente para os comentários finais, realizados por uma ginecologista que chamarei aqui de Fernanda<sup>213</sup>, seguidos de um debate. A ginecologista destacou em sua fala o que chamou de três *take-home messages*, referindo-se ao que entendia como sendo o mais importante a ser salientado das apresentações. O primeiro dos destaques é o mais relevante para o que se discute aqui. Ela disse:

**Então, a primeira coisa que eu gostaria de ver sendo muito mais usado é DIU de cobre em adolescentes.** Eu tenho muito medo de método comportamental<sup>214</sup>. Chega a me dar um frio na espinha quando vem uma adolescente ou uma paciente com menos de 25 anos com aquela tatuagem de empoderamento feminino, sabe? [Risadas da plateia] Que aí ela diz: “Não, eu não quero mais métodos hormonais, eu quero me conhecer...” E a criatura está no auge da sua fertilidade. **Então assim, esse grupo de pacientes pra mim, desculpe a minha franqueza, não existe método comportamental. Método não hormonal vai ser o DIU de cobre. O resto, o risco-benefício dessa mulher é muito grande de ela engravidar não querendo.** (Fernanda, 03/08/2018, grifos meus)

Nesse sentido, Jéssica complementou, dizendo: “E outra coisa que está na moda é o aplicativo. O aplicativo é ótimo para controle do ciclo. Ou seja, é ótimo pra quem está querendo engravidar, né? Usar o aplicativo para não engravidar é péssima ideia, não dá<sup>215</sup>” (Jéssica, 03/08/2018).

O coordenador da mesa, o médico Pedro, interveio e passou a relatar que 55% das gravidezes são indesejadas no país e que isso é um problema de saúde pública. Reforçando os benefícios dos anticoncepcionais, disse, referindo-se à “mulher jovem”: “Se ela não utilizar

---

<sup>213</sup> Trata-se de uma professora titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia de uma universidade pública federal do Sul do Brasil que também atua no sistema privado.

<sup>214</sup> O método de percepção da fertilidade, objeto da minha pesquisa de mestrado, e escolha de algumas das mulheres que têm deixado a pílula, às vezes conjugado do preservativo, é considerado um método comportamental (Klöppel, 2017).

<sup>215</sup> Jéssica faz referência aos aplicativos que ajudam a monitorar o ciclo menstrual, alguns deles utilizados para métodos como a “tabelinha” e as práticas de percepção da fertilidade (Klöppel, 2017).

contracepção [subentende-se que hormonal ou DIU de cobre, em diálogo com o que Fernanda disse], é quase uma fatalidade que ela vai engravidar. E a criança vai ser odiada, vai crescer e vai odiar os outros. Isso é um problema de saúde pública grave." Afirmou, ainda, que a violência no país seria uma das consequências da gravidez indesejada. Terminou sua fala dizendo então que é preciso lembrar que a gravidez é muito pior para a trombose que os anticoncepcionais hormonais, e foi bastante aplaudido (Pedro, 03/08/2018). Jéssica o interrompeu para dizer: "É, para falar de benefícios dos contraceptivos, nunca nos chamam"<sup>216</sup> (Jéssica, 03/08/2018).

Dessa forma, a prevenção da gravidez não planejada (ou indesejada), considerada um "problema de saúde pública" no Brasil e associada inclusive à violência, entra em cena como um benefício que justifica a prescrição de qualquer método de alta eficácia, independentemente dos seus riscos, sempre tidos como inferiores a tal "problema social". É nesse sentido, enfim, que a gravidez indesejada apareceu, e não como um problema para a vida da pessoa grávida. A ausência do debate em torno do aborto, nessa mesma direção, é digna de nota; ainda que a Febrasgo tenha se posicionado publicamente a favor da legalização do aborto<sup>217</sup>, esse posicionamento não apareceu em nenhuma das apresentações que acompanhei. Sobre isso ainda, a caracterização da "mulher jovem" como no "auge da fertilidade" e mais suscetível a uma gravidez não planejada em caso de não uso da pílula ou, como alternativa, o DIU de cobre, acaba por invisibilizar e descartar outros métodos contraceptivos. Isso fica evidente quando Fernanda diz que "não existe" método comportamental para esse público. Contudo, há outros métodos ainda, que não a pílula, o DIU de cobre ou os comportamentais que estão ausentes das apresentações. Tal enquadramento também indica o "perigo" que uma gravidez nessa faixa etária apresenta, já que se pressupõe que essa gravidez será sempre não planejada. Como vimos na entrevista com Larissa, isso se dá de forma ainda mais acentuada no caso das mulheres pobres, que são identificadas como perpetuadoras da pobreza ao engravidarem enquanto jovens, mas não só. As considerações de Fernanda fazem referência às pacientes que atende em consultório privado, identificadas como feministas que vêm questionando o uso das pílulas anticoncepcionais.

---

<sup>216</sup> Sua reivindicação, contudo, contrasta com as apresentações que acompanhei nos congressos, pois o 57º CBGO contou com uma "sessão interativa" intitulada "Benefícios não contraceptivos dos anticoncepcionais hormonais", e os três congressos da Sogesp que tive acesso tiveram apresentações abordando os "benefícios" das pílulas combinadas.

<sup>217</sup> A Febrasgo se posicionou a favor da descriminalização do aborto no debate sobre o tema no Superior Tribunal Federal. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/626-a-febrasgo-e-o-aborto-no-stf>. Acesso em 01/06/2019.

A tese de doutorado de Ana Mines, na qual a autora descreve e analisa as formas que as práticas médico-clínicas da ginecologia, urologia e sexologia médica produzem e regulam corpos sexo-generificados em Buenos Aires, também identifica um movimento parecido na ginecologia. Segundo a autora:

Uma das prioridades do atendimento ginecológico é evitar a gravidez indesejada e, no caso das adolescentes, evitar a gravidez em geral, pois se presume que será indesejada. Por isso, devido às características mencionadas, os médicos muitas vezes priorizam o uso de anticoncepcionais hormonais. Ao contrário, por exemplo, do uso de preservativos, os anticoncepcionais hormonais, principalmente os implantes de longa duração, controlam os efeitos da vida sexual da adolescente, sua dispersão, imprevisibilidade, caráter exploratório e desregulado. (...) De uma forma ou de outra, a regulação da contracepção no corpo das mulheres cis molda sua vida sexual como reprodutiva. A marca deixada pela colocação do implante no caso dos anticoncepcionais de longa duração e a lembrança diária de tomar a pílula são diferentes tipos de avisos, sinais, atos que moldam permanentemente o corpo das mulheres cis como reprodutoras (Mines Cuenya, 2019, p. 118, tradução minha).

Ainda no âmbito de Porto Alegre, as controvérsias recentes em torno da assinatura do termo de cooperação com vistas ao fornecimento do SIU hormonal a adolescentes abrigadas em Porto Alegre merecem atenção. O termo foi assinado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vinculado à UFRGS, o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e a Bayer em 2018. O acordo implicava a doação de 100 SIUs a adolescentes com menos de 18 anos de idade acolhidas em abrigos de Porto Alegre que demonstrassem interesse no método. A promotora da Infância e Juventude Cinara Vianna Dutra Braga determinou que as inserções seriam feitas nos hospitais acima citados e, por essa razão, também assinaram o termo. No caso do Hospital de Clínicas, foi a ginecologista Jaqueline Lubianca, integrante da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo, quem assinou.

Ainda no mesmo ano, uma nota pública<sup>218</sup> assinada pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, a União Brasileira de Mulheres, a Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil, o Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Rio Grande do Sul, o Sindicato dos Municipários de Porto Alegre, o Coletivo OCUPASUS, o Conselho Regional de Serviço Social e o Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul exigiu a suspensão do termo de cooperação por entender que violava os direitos das adolescentes, que se tratava de uma prática não incorporada ao SUS e desrespeitava as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. No mesmo sentido, houve ainda um abaixo-assinado dos

---

<sup>218</sup> Disponível em: <https://www.facebook.com/conselhodesaudeportoalegre/posts/2222010471173800/>. Acesso em 20/08/2021.

professores da UFRGS também pedindo a suspensão do termo de cooperação. Em tal abaixo-assinado, os professores alegaram:

Na dimensão técnica, considera-se que ações de saúde sexual e reprodutiva são fundamentais para diversos segmentos populacionais, em idade fértil ou não. Ações específicas de saúde sexual e reprodutiva voltadas para adolescentes pressupõe o acesso real a uma gama variada de informações sobre sexualidade, sobre o próprio corpo e, também, sobre os diversos métodos anticoncepcionais e práticas de sexo seguro que estejam disponíveis. Não basta evitar gravidez indesejada, mas também Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS, hepatites, sífilis, e outros agravos. Além disso, entre os diversos métodos anticoncepcionais disponíveis no SUS, os riscos e benefícios de cada um deles deveria ser informado de maneira a haver uma escolha consciente e não tendenciosa por parte das adolescentes. Esse não é o caso do referido Termo de Cooperação, no qual claramente há a indução por um determinado método anticoncepcional, sem elucidação de haver acesso a maiores informações e esclarecimentos das adolescentes sobre outras alternativas disponíveis, sopesando claramente os riscos e benefícios de cada uma para uma escolha consciente.<sup>219</sup>

Todas essas ações culminaram na perpetração de uma ação civil pública pela Defensoria Pública Federal e Estadual e pela organização não-governamental Themis. Dentre os argumentos, constaram que a assinatura das declarações de interesse na avaliação médica e na inserção do SIU manifestadas por jovens de 12 e 13 anos foram realizadas em uma palestra sobre o método anticoncepcional realizada na sede do Ministério Público<sup>220</sup>, o que configuraria indução da escolha e vício de consentimento. Além disso, outro problema levantado pelos críticos do termo foi em relação às garantias dadas às adolescentes. O termo garantia a inserção e uma consulta, passados 45 dias, para verificação se o dispositivo estava adequadamente posicionado. Entretanto, não havia garantias quanto à retirada ou troca do dispositivo. Enquanto a Bayer se comprometeu a treinar os médicos dos ambulatórios que assinaram o acordo, não haveria garantias que os profissionais dos postos de saúde, onde geralmente acontece o aconselhamento contracepcional, saberiam fazer a retirada ou monitoramento do dispositivo (já que o método não é incorporado ao SUS). Embora a ginecologista Lubianca tenha argumentado que a retirada do SIU é igual à do DIU de cobre (esse disponível na rede pública), os médicos não seriam obrigados a realizar o procedimento se não se sentissem à vontade com o procedimento. A fim de sanar esse problema, foi realizada uma segunda versão do termo de cooperação com uma cláusula obrigando os hospitais que assinaram o termo e a prefeitura de Porto Alegre a proverem o acompanhamento adequado e a retirada do dispositivo, se assim desejarem. A primeira juíza a avaliar o caso negou o pedido de suspensão do termo, mas no

---

<sup>219</sup> Disponível em: <https://www.abaixoassinado.org/abaixoassinados/42170#inicio>. Acesso em: 15/09/2021.

<sup>220</sup> A ginecologista que proferiu a palestra foi Jaqueline Lubianca, integrante da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo. Disponível em: <https://www.mprs.mp.br/noticias/infancia/46995/>. Acesso em: 10/08/2021.



juízo do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, foi dada uma liminar suspendendo-o. Finalmente, em agosto de 2020, foi julgado o mérito da ação, que levou à retirada da suspensão do termo de cooperação, voltando assim a ser válido<sup>221</sup>.

Embora essa não tenha sido uma controvérsia que eu tenha seguido de perto para a pesquisa, vale mencioná-la sobretudo no que se relaciona à Febrasgo. Outro ponto levantado pelos críticos do termo de cooperação foi a realização, pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), das consultas públicas de n.º 35 e n.º 36, em 2015, sobre a eventual introdução no SUS do implante de etonogestrel e do SIU hormonal em mulheres entre 15 e 19 anos. A solicitação de inserção foi realizada pela Febrasgo ao Ministério da Saúde e, segundo artigo de Elaine Brandão (2019), a entidade defende

a introdução dessa modalidade de contraceptivos na rede pública de saúde, com indicações para uso em “populações especiais”, como adolescentes, usuárias de drogas ilícitas e mulheres convivendo com vírus da imunodeficiência humana. Em outro artigo, os grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade são detalhados: “estão incluídas as de baixa renda e escolaridade, as moradoras de áreas rurais ou regiões isoladas e remotas, as privadas de liberdade, as que vivem com vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou com outras doenças crônicas, como epilepsia, bem como as indígenas, as adolescentes, as usuárias de drogas ilícitas e as portadoras de deficiência física e/ou mental”. Repercutindo um debate internacional sobre os métodos reversíveis de longa duração (LARC), a defesa da introdução desta modalidade de método contraceptivo para o amplo acesso das jovens usuárias brasileiras, destaca as elevadas taxas de gravidez imprevista no país, a vulnerabilidade de determinados estratos sociais e a alegação de que tais métodos “não dependem da disciplina da mulher” (Brandão, 2019, p. 876).

Além disso, Brandão relata que esses métodos foram defendidos por conta de sua alta eficácia não depender da motivação da usuária. Contudo, em 2016, o Ministério da Saúde se posicionou de maneira contrária à solicitação da Febrasgo, considerando que as evidências não comprovavam superioridade em relação aos métodos já disponíveis no SUS. Além disso, argumentou-se que o impacto orçamentário relevante não se justificaria sem a demonstração de benefício clínico (Brandão, 2019, p. 877). Essa negativa foi um dos argumentos contra o termo de cooperação, pois entendia-se que se tal tecnologia já havia sido avaliada e sua inserção sido negada, não se poderia incorporá-la na rede pública por outros meios.

Foi também nesse sentido que se posicionou a ginecologista Halana Faria, na palestra realizada na Semana Acadêmica de Medicina que acompanhei na UFSC em 20 de agosto de 2018. Fazendo referência ao termo de cooperação assinado em Porto Alegre, comentou:

Para falar dessa relação corrompida com a indústria. Eu não sei se vocês tiveram notícia de um termo de cooperação do município de Porto Alegre com a Bayer para

---

<sup>221</sup> A sentença final está disponível em:

<https://www.conjur.com.br/dl/sentenca-vara-federal-porto-alegre10.pdf>. Acesso em: 20/08/2021.

colocar o SIU Mirena, que é um DIU que libera progesterona, em 100 meninas abrigadas. Por quê? Porque eles tentaram via Conitec, né? Que é uma maneira para incorporar qualquer tecnologia, medicamento no SUS, isso precisa ser feito através da Conitec. Então um grupo de especialistas, de pessoas que entendem do assunto, vão se reunir, vão estudar e vão saber se essa tecnologia pode ser incorporada ou não. O Mirena, que custa cem vezes mais que um DIU de cobre, porque... A gente sabe que contracepção hormonal de longa duração é bom, tá? Isso previne gravidez indesejada. Mas isso não pode estar descolado de acesso à discussão sobre educação sexual. De respeitar a autonomia da mulher por decidir. Então o que que os caras fazem? Bom, a gente faz um acordo com a Bayer, é mais um estudinho de 100 meninas abrigadas, de 12 a 14 anos, ou 12 e 13 anos, que não vão poder decidir. Para que se faça um estudo em cima delas... Para que se garanta no futuro a incorporação de uma tecnologia que é cara, e que a Conitec já demonstrou que não é custo-efetiva. A gente tem, sim, acesso ao DIU de cobre, que aliás, esse é daí é um outro tema, né? As mulheres não conseguem acessar. As mulheres se organizam em grupos e divulgam listas... "Onde vocês conseguiram um profissional que coloque DIU de cobre? Porque eu não consigo." Porque elas tentam e dentro dessa lógica que mulher nenhuma quer menstruar... A sangria inútil do Elsimar Coutinho, né? Que está tão na mente dos profissionais, tanto mulheres quanto homens. E ideias retrógradadas, sabe? Que tem a ver com o DIU de cobre, que foi feito lá... O Dalkon Shield, né? Que foi o primeiro DIU de cobre, que causou infertilidade em muitas mulheres, porque, de novo, elas foram testadas, né? O médico americano saiu pelos Estados Unidos inserindo em um monte de mulheres e perfurando útero, causando infecção. Tinha um tipo de fio que aumentava o risco de DIP, doença inflamatória pélvica. Só que isso persiste na cabeça de profissionais que mesmo que a gente tenha evidência hoje em dia de que o DIU de cobre não aumenta o risco de infecção, continua sendo um método negado. (Halana Faria, SAMED UFSC, 20/08/2018).

A ginecologista não apenas sublinhou a negativa da Conitec de inserir o SIU no SUS, mas também entendeu o termo de cooperação como uma forma de a Bayer realizar um estudo que pode, no futuro, ajudar a incorporar a tecnologia no SUS<sup>222</sup>. Ela chamou atenção ainda para a dificuldade de acesso ao DIU de cobre, que já seria um LARC disponível na rede pública. Associou tal dificuldade ao histórico do DIU *Dalkon Shield*, também citado por Larissa, e aos enquadramentos médicos que consideram a menstruação uma “sangria inútil” (lembrando aqui que tanto o SIU hormonal quanto o implante de etonogestrel diminuem ou suspendem os sangramentos).

Ainda sublinho que, após solicitação da Schering-Plough e aprovação da CONITEC<sup>223</sup>, foi publicada a portaria SCTIE/MS Nº 13, de 19 de abril de 2021, que tornou pública a

---

<sup>222</sup> Em entrevista concedida à Pública (2019), o defensor público estadual Roberto Malhão também citou que a Bayer teria vantagens em outros dois sentidos, com o acordo: primeiro, inseriria o seu dispositivo no mercado e também no SUS ainda não tenha sido incorporado e aprovado pela Conitec, já que essas adolescentes teriam que ser atendidas na rede pública; além disso, o treinamento dos médicos para inserção do dispositivo faria com que tais médicos também pudessem colocá-lo em seus consultórios particulares. Além disso, a própria promotora Cinara Braga, que viabilizou o termo de cooperação, reconheceu que se tratava, para Bayer, uma propaganda positiva e de “responsabilidade social”, ao vincular a sua marca a uma “causa tão legal”. Disponível em: <https://apublica.org/2019/03/quem-decide-sobre-o-corpo-das-meninas/>. Acesso em: 12/08/2020.

<sup>223</sup> Relatório de recomendação n. 599 de abril de 2021 [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210511\\_Relatorio\\_599\\_implanon\\_prevencao\\_gravidez.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210511_Relatorio_599_implanon_prevencao_gravidez.pdf)  
Relatório para a sociedade n. 232 de março de 2021 [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/Sociedade/20210428\\_ReSoc232\\_etonogestrel.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/Sociedade/20210428_ReSoc232_etonogestrel.pdf)

incorporação do implante de etonogestrel no SUS (Implanon NXT, da MSD/Schering Plough), “condicionada à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos” (BRASIL, 2021)<sup>224</sup>. Enquanto a Febrasgo se posicionou a favor da portaria<sup>225</sup>, muitas entidades se manifestaram de forma contrária em uma nota conjunta<sup>226</sup>. Nela, advogaram pela revogação da portaria e pela disponibilização do método contraceptivo de forma universal. Entenderam que a portaria “viola os princípios de acesso igualitário e livre exercício do planejamento familiar como estabelecidos pela lei 9.263/96 e os princípios de universalidade e equidade do SUS” e que reedita “uma marca indelével da história do Brasil e da saúde reprodutiva mais amplamente, onde populações mais vulneráveis foram e ainda são submetidas a procedimentos compulsórios que violam os direitos humanos”. Ainda que reconhecendo que a inserção do dispositivo em determinados grupos não seja, em tese, compulsória, defenderam que acaba contribuindo para as “violações da autonomia corporal de pessoas em vulnerabilidade social” quando se considera o quadro político e social no qual se insere. A nota termina ainda afirmando que se trata de uma “política marcadamente discriminatória, higienista, classista, racista e baseada em estigmas sobre as populações às quais se destina, que já sofrem obstáculos e impedimentos no exercício da maternidade e da autonomia corporal”<sup>227</sup>. Aqui, há uma referência implícita às práticas descritas no capítulo 1 que compõem a história da medicina no Brasil.

---

<sup>224</sup> Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sctie/ms-n-13-de-19-de-abril-de-2021-315184219>. Acesso em: 20/09/2021.

<sup>225</sup> Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1265-portaria-sctie-n-13-202>. Acesso em: 14/08/2021.

<sup>226</sup> Assinaram nota coletiva: como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e os seguintes coletivos: 8M Santa Catarina, Acontece – Arte e Política LGBTI+, Anis – Instituto de Bioética, Articulação Nacional de Luta contra a AIDS – ANAIDS, Articulação Nacional de Profissionais do Sexo – ANPROSEX, Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento de Tuberculose – Art TB Brasil, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, Associação de Doulas de Santa Catarina – ADOSC, Associação Pernambucana de Profissionais do Sexo – APPS, Central Única de Trabalhadoras e Trabalhadores Sexuais – CUTS, Centro de Estudos Feministas e Assessoria – Cfemea, Centro de Referência em Direitos Humanos – Norte/MG – CRDH Norte, Centro Estadual de Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua e dos Catadores de Materiais Recicláveis – CEDDHMG, Clá das Lobas, Coletivo Margarida Alves, Coletivo Rebu, Fórum de ONGs AIDS Rio Grande do Sul, Frente Catarinense pela Legalização do Aborto, Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS – Rio Grande do Sul – GAPA RS, Liberta Elas, Movimento de População de Rua, Nem Presa Nem Morta, Polos de Cidadania, Portal Catarinas, Projeto Cravinas, Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe – RedTraSex, Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas – RENFA, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS – RNP+ Brasil, Sexuality Policy Watch – SPW, Tulipas do Cerrado – Rede de Redução de Danos e Profissionais do Sexo do DF e entorno e União Nacional LGBT - UNALGBT. Disponível em: [https://mncp.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Nota-conjunta-contr-a-Portaria-N.-13\\_3-maio-2021.pdf](https://mncp.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Nota-conjunta-contr-a-Portaria-N.-13_3-maio-2021.pdf). Acesso em 28/08/2021.

<sup>227</sup> Disponível em: [https://mncp.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Nota-conjunta-contr-a-Portaria-N.-13\\_3-maio-2021.pdf](https://mncp.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Nota-conjunta-contr-a-Portaria-N.-13_3-maio-2021.pdf). Acesso em 28/08/2021.

#### 4.4 Considerações finais

Este capítulo, embora não aborde diretamente e especificamente as pílulas anticoncepcionais, chama atenção para uma questão que fica muitas vezes implícita nas outras apresentações descritas: a missão, atribuída aos ginecologistas, de evitar a gravidez não planejada e, em certa medida, também a gravidez que se pressupõe “de risco” mesmo quando planejada, nos grupos tidos como “vulneráveis”. E nesse sentido, é possível perceber que o aumento das práticas de recusa às pílulas anticoncepcionais acaba por contribuir, indiretamente, com a promoção dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (chamados de LARCs).

Vimos já nos outros capítulos que a alternativa contraceptiva não hormonal mais bem aceita pelos médicos é o DIU de cobre, um dos três tipos de LARC disponíveis hoje no mercado e o único, em tese, disponível universalmente no SUS. Contudo, como alguns trabalhos têm mostrado, mesmo aquelas que suspendem o uso da pílula e buscam por essa opção contraceptiva, muitas vezes encontram dificuldade de acesso (Santos, 2018; Rodrigues, 2020). Tal dificuldade é confirmada a partir das descrições aqui realizadas, quando vemos que há um empenho de médicos próximos a Febrasgo em convencer e convocar os ginecologistas a quebrarem algumas dessas barreiras, que incluem a resistência de colocar o DIU de cobre em nulíparas, a falta de treinamento e prática e problemas de infraestrutura no SUS. Essa promoção do método se dá, sobretudo, quando as apresentações privilegiam a “saúde pública”, na qual a importância dos LARCs parece ser enquadrada como mais importante.

Contudo, ainda que o DIU de cobre seja promovido enquanto opção contraceptiva nesses termos, parece haver uma promoção dos LARCs hormonais (o implante e o SIU hormonal) como ainda melhores. Quando em comparação às pílulas, tais métodos são promovidos como melhores por terem menos hormônios (apenas progestagênio), não aumentarem o risco de trombose e terem maior eficácia por não dependerem da motivação da usuária. Já em comparação ao DIU de cobre, muitas vezes são apresentados como melhores por apresentarem a possibilidade de diminuir ou até suspender os sangramentos menstruais. Mas até o início de 2021, não havia nenhuma norma federal que incluísse esses dois tipos de LARCs hormonais no SUS, apesar das iniciativas locais (como vimos com a experiência em Porto Alegre)<sup>228</sup> e do pedido da Febrasgo para a inserção do SIU hormonal como possibilidade

---

<sup>228</sup> Além dessa iniciativa em Porto Alegre, Elaine Reis Brandão e Cristiane da Silva Cabral (2021) relatam ainda outras duas iniciativas de oferta de LARC no sistema público de saúde. O primeiro caso seria “o estado do Ceará, no nordeste brasileiro, que desde 2010, vem promovendo a inserção destes métodos na capital e cidades do interior”. Lá, o programa é destinado a “adolescentes de 15 a 19 anos, mulheres em idade fértil que estão em

contraceptiva para mulheres de 15 a 19 anos, que foi negada. Em 2021, no entanto, após aprovação do Conitec a pedido da Schering-Plough, que produz e vende o dispositivo, o implante de etonogestrel foi inserido como opção contraceptiva no SUS por meio da portaria SCTIE/MS Nº 13, de 19 de abril, que foi apoiada pela Febrasgo. Conhecido como Implanon, o dispositivo será disponibilizado para os seguintes grupos de mulheres “em idade fértil”: “em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos” (BRASIL, 2021). Apesar dos esforços, adolescentes não foram incluídas.

Ainda que efeitos colaterais sejam também abordados, o principal critério que coloca os LARCs como superiores às pílulas e a qualquer outro método contraceptivo é a eficácia. Conforme visto ao longo do capítulo, repete-se em diferentes ocasiões que há uma tendência de recomendação dos LARCs como primeira linha de contracepção, principalmente para adolescentes e jovens (fica implícito que principalmente entre pobres). Larissa indica que tais dispositivos viriam a ocupar o lugar da pílula, que hoje é o método mais utilizado e mais incentivado. As pílulas, ainda segundo a ginecologista, ficariam reservadas aos casos em que seus benefícios extracontraceptivos fossem necessários, citando como exemplos casos de ovário policístico, “acne importante” e “aumento de pelos”. Como geralmente as pílulas que são promovidas por tais efeitos não são as disponibilizadas no SUS, é possível supor, seguindo Sanabria (2010), que os contraceptivos são agenciados diferencialmente de acordo com o enquadramento de risco - que perpassa classe e raça - produzido pelo médico. Como vimos na introdução desta tese, essa autora ressalta como as pílulas mais caras (terceira e quarta geração) são promovidas em termos de bem-estar, estética e aprimoramento nos consultórios privados, enquanto no SUS se privilegia a eficácia e dispositivos que não dependem da usuária, que não é tida como confiável. Nos serviços públicos, a autora identificou uma responsabilização das mulheres via associação entre contracepção e o desenvolvimento do país, culpabilizando-as pelo número de filhos e pela perpetuação da pobreza (Sanabria, 2010).

Embora qualquer gravidez não planejada seja associada a riscos à saúde (morbimortalidade materna e fetal, aborto), sociais, econômicos, emocionais e de “saúde pública”, é principalmente a gravidez na adolescência que é repetidamente enquadrada como de maior risco social e econômico. É quase implícito, além disso, que a gravidez na

---

situação de privação de liberdade e mulheres em situação de dependência química”. O outro caso se deu no município de São Paulo, que aprovou projeto em 2018, que propunha distribuir implantes para dependentes químicas, mulheres em situação de rua e adolescentes de regiões com vulnerabilidade social muito alta (o que seria definido pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, elaborado pela Fundação SEADE (Brandão e Cabral, 2021).

adolescência é não planejada e se dá na pobreza, já que é frequentemente associada à “perpetuação da pobreza”. Embora eventualmente se reconheçam os diversos fatores que contribuam para a gravidez na adolescência, a solução apresentada nos círculos da Febrasgo parece sempre se concentrar na oferta dos LARCs. A discussão sobre a legalização do aborto, responsabilidade dos homens, educação sobre sexualidade e relações de gênero, combate à violência de gênero, distribuição de renda, aumento da oferta de creches e outras formas de apoio para que as adolescentes não abandonem a escola, acolhimento e programas contra o preconceito que essa adolescente pode vir a sofrer não aparecem nas apresentações.

Essa é também a linha argumentativa de um editorial da revista *American Journal of Public Health*, que responde à recomendação de LARCs como “primeira linha” para adolescentes e jovens. Escrito por pesquisadoras do campo dos estudos do gênero e dos estudos sociais da ciência, o editorial sublinha que, da mesma maneira que outros esforços de prevenção de gravidez na adolescência, tais recomendações

atribuem a falta de oportunidades de jovens pais pobres e de classe trabalhadora a suas práticas reprodutivas, ao invés de focar nas desigualdades estruturais, incluindo salário mínimo insuficiente, insegurança habitacional e história de privação de direitos e discriminação. Tal abordagem prioriza intervenções no comportamento a nível individual e perpetua a desigualdade ao deixar de abordar injustiças sistêmicas (Gubrium et al., 2016, p. 18, tradução minha).

As autoras alertam, ainda, para os evidentes vieses de raça e classe presentes nessas soluções, que podem impossibilitar a autonomia reprodutiva de algumas de suas usuárias.

Nas últimas décadas, a abordagem da saúde reprodutiva foi problematizada a partir de movimentos pela “justiça reprodutiva”, criado por mulheres negras nos anos 1990. Embora tenham em comum a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como autonomia de homens e mulheres, o enquadramento da justiça reprodutiva chama atenção para a vinculação de tal abordagem a um paradigma liberal e individualista que tende a invisibilizar o racismo estrutural, que coloca muitos obstáculos ao acesso a serviços de saúde e limita o direito de escolha de determinados grupos. Com atenção à interseccionalidade entre diferentes dimensões como classe, raça, gênero, sexualidade, etnia, idade e nacionalidade, a abordagem da justiça reprodutiva inclui preocupações com justiça social que tradicionalmente são deixadas de fora dos direitos sexuais e reprodutivos. Isso inclui direitos como educação, trabalho, moradia e alimentação como imprescindíveis para o exercício de tais direitos. Além disso, chama a atenção para a necessidade não apenas do direito a contraceptivos e ao aborto seguros, mas também ao direito a ter filhos nas condições escolhidas e o direito a criá-los em ambientes seguros e saudáveis, com redes de apoio social e sem temer violência de Estado, direito que

têm sido negado a diversos grupos historicamente marginalizados, nos quais se incluem mulheres negras, pobres, em situação de rua e encarceradas, dentre outras (Ross, 2017; Briggs, 2017).

É nesse sentido que Brandão e Cabral (2021) se inspiram na categoria de “coerção contraceptiva” (Senderowicz, 2019) para refletir sobre a inserção e recomendação dos LARCs para “grupos vulneráveis” no Brasil. Primeiro, as autoras explicam que se trata de tecnologias de governo que se apresentam como neutras e técnicas. Resumindo a explicação de Senderowicz (2019), a “coerção contraceptiva” inclui “desde a força para aceitação de determinado método contraceptivo que a mulher não quer, até ser impedida ou ter dificuldades para acessar métodos que elas desejam, comumente conhecidas como ‘barreiras de acesso’”. Esses tipos de coerção contraceptiva seriam mais comuns em relação a “adolescentes e jovens, não casadas/unidas, em relação ao exercício de sua sexualidade” (Brandão e Cabral, 2021, p. 2675). Contudo, haveria ainda

uma graduação de práticas que comumente não costumamos tomá-las como coercitivas, mas que obstaculizam a autonomia reprodutiva feminina, tal como uma oferta restrita de métodos contraceptivos que não contemple as necessidades das mulheres em diferentes contextos relacionais, socioculturais, geracionais. Há um espectro na abordagem à coerção, desde a dimensão estrutural até a interpessoal: informações médicas parciais (vantagens do método e não seus efeitos colaterais), aconselhamentos enviesados ou dirigidos, limitados mix de métodos, insistências até que as mulheres aceitem tal ou qual método, ameaças de restrição na atenção à saúde futura, inserção de métodos sem o conhecimento ou consentimento, em especial no período pós-parto, recusa de remoção de LARC sob pedido da usuária, entre outros exemplos (Brandão e Cabral, 2021, p. 2675).

À época da escrita do artigo, a portaria que liberava o implante de etonogestrel para alguns grupos ainda não havia sido publicada e, portanto, o texto aborda as iniciativas, antes esparsas, de oferta de LARC no sistema público de saúde em diferentes estados (abordam o caso do Ceará, São Paulo e Rio Grande do Sul). Contudo, suas considerações são válidas também para a portaria mais recente.

As autoras concluem que tais iniciativas de oferta de LARC consistem em coerção contraceptiva na medida em que são dirigidas a grupos específicos de mulheres em condições precárias (nos casos analisados, adolescentes, mulheres em situação de rua e dependentes químicas) nas quais fazer frente ao poder médico e estatal, caso não desejem os métodos recomendados, seria particularmente difícil. Embora tais recomendações sejam defendidas em termos de “proteção à saúde”, elas não incluem qualificação do corpo técnico para “abordagem da educação em sexualidade que inclua as questões de gênero e violência sexual”, focando apenas na inserção dos dispositivos de longa duração; o foco pende para uma economia de

recursos via LARCs, partindo de um pressuposto de uma necessidade maior de intervenção e instrumentalização destes corpos, para reduzir danos maiores relativos à reprodução entre pobres e negros (Brandão e Cabral, 2021, p. 2678).

Gubrium et al. (2016) também defendem que nenhuma forma de contracepção deveria ser considerada “método de primeira linha” para todas as pessoas ou grupo de pessoas, porque isso significa desconsiderar circunstâncias e preferências pessoais. Quando se prioriza o critério da eficácia sobre outros, há uma tendência também de não apresentação de todos os métodos disponíveis. Além disso, trata-se de limitação da autonomia reprodutiva de jovens especialmente quando não se dá a mesma importância à remoção do dispositivo, quando desejado pela usuária, do que se dá à sua inserção (Gubrium et al, 2016, p. 18, tradução minha).

Brandão e Cabral (2021) chamam atenção ainda para como a regulamentação da esterilização voluntária com a Lei do Planejamento Familiar, estabelecendo critérios para a sua realização (ter pelo menos 25 anos ou dois filhos vivos), teve efeitos diversos. Se, por um lado, ampliou oferta à população masculina e freou a “epidemia de laqueaduras”, levanta dúvidas quanto à geração de novas barreiras de acesso, principalmente às mais jovens. Como se tratava de uma forma usual de encerrar a trajetória reprodutiva entre aquelas que alcançavam o “número de filhos desejados” mais cedo e era promovido como forma de controle reprodutivo sobre aquelas a quem não se dava o direito de serem mães. As autoras especulam, nesse sentido, sobre a possibilidade de que o vazio deixado por essa regulamentação poderia estar sendo ocupado pelos LARCs, agora promovidos não apenas para o adiamento e espaçamento da reprodução, mas também como dispositivo que enseja o encerramento da trajetória reprodutiva (Brandão e Cabral, 2021, p. 2679).

Especialmente sobre adolescência, que parece ser foco maior nas descrições apresentadas neste capítulo e da Febrasgo, Elaine Brandão (2019) - analisando a solicitação de inserção dos LARCs no SUS pela Febrasgo ao Ministério da Saúde - demonstra como se constrói a “mulher jovem” como incapaz de se cuidar ou seguir as prescrições médicas em relação à contracepção, especialmente aquela em situação de vulnerabilidade. A apresentação dos LARCs como tendo como benefício a não dependência da “disciplina da mulher” ou mesmo de sua “motivação” invisibiliza os problemas que as mesmas características podem acarretar. A ideia de que podem ser “esquecidos” após a inserção também é negligente no sentido em que não leva em conta a necessidade de acompanhamento clínico que o método implica durante os anos de uso, já que há a possibilidade de efeitos colaterais e mesmo de deslocamento do dispositivo. Por fim, a delegação da escolha aos médicos - ao sugerirem que há uma “primeira



linha de indicação contraceptiva” - minimiza a capacidade da mulher de avaliar e decidir a melhor alternativa contraceptiva para cada momento de sua vida. Reduzir a garantia de uma escolha contraceptiva à assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, seja da jovem ou da pessoa responsável, não leva em consideração a falta de educação científica e literacia nos termos técnicos, as relações de poder entre profissionais de saúde e jovens, dentre outros. Tal debate, bem como o relativo ao direito ao aborto ou mesmo ao acesso à contracepção de emergência não é realizado nos congressos de ginecologia<sup>229</sup> (Brandão, 2019 p. 877-878; Brandão e Cabral, 2021, p. 2679).

Brandão (2019) ainda chama atenção para os diferentes fatores que contribuem para o “fracasso” contraceptivo, que não pode ser reduzido à responsabilização das mulheres e à sua qualificação como moralmente incapazes de decidirem sobre suas vidas. A autora sublinha que o uso inconsistente de contraceptivos pode estar ligado à insatisfação das mulheres com os métodos (principalmente efeitos colaterais). Além disso, no caso específico das adolescentes, liga-se à “instabilidade das parcerias sexuais e/ou amorosas, à falta de apoio parental, à ausência desta discussão entre pares no ambiente escolar, à recusa dos parceiros em usar o preservativo, dentre outras razões”. Nesse sentido, considerar que a adesão a um método é um problema individual invisibiliza a importância das práticas sexuais e das relações de gênero, bem como outras circunstâncias relacionadas à (in)justiça reprodutiva e às desigualdades. Ademais, deixa de lado a responsabilidade dos homens em relação à contracepção, a necessidade de proteção das infecções sexualmente transmissíveis, bem como não parece levar a sério o direito de mulheres jovens terem vida sexual, o que contribui com a dificuldade do percurso de iniciação amorosa-sexual, já bastante obstaculizada por adultos que não reconhecem suas experiências (o esforço do governo federal pela abstinência ou adiamento do início da vida sexual contribui de forma significativa para isso). Brandão chama atenção ainda para o fato de que não se pode desconsiderar que algumas jovens tenham a maternidade como projeto de vida (Brandão, 2019, p. 877-878; Brandão e Cabral, 2021, p. 2679). Assim, Brandão e Cabral (2021) concluem que se trata de “um cenário em que as adolescentes e jovens ficam à mercê do discernimento dos profissionais de saúde, com seus valores e juízos morais, preconceitos raciais e classistas, sobre

---

<sup>229</sup> Brandão (2019) afirma que “as dificuldades de acesso à contracepção de emergência na rede pública de serviços de saúde em tempo oportuno são imensas, obrigando as usuárias a obtê-la nas drogarias, sem amparo devido e orientação de profissionais de saúde” (Brandão, 2019, p. 878). Embora na pesquisa TANCO a contracepção de emergência seja apresentada como o método mais bem conhecido, é necessário lembrar que se trata de pesquisa realizada apenas com usuárias do sistema privado. A apresentação desses dados sem maiores explicações ao público do congresso quanto à amostra da pesquisa pode levar a um engano sobre o conhecimento dos métodos no Brasil.

tais mulheres e seu comportamento sexual e reprodutivo ‘desviante’” (Brandão e Cabral, 2021, p. 2679). Gubrium et al. (2016) argumentam no mesmo sentido ao afirmarem que o enquadramento da gravidez na adolescência como socialmente inadequada

incentiva os profissionais de saúde a avaliarem a adequação da gravidez de uma paciente sem exigir que atentem aos vieses raciais e de classe subjacentes que podem informar tanto suas próprias percepções do que é uma parentalidade apropriada quanto suas práticas de cuidado. Profissionais de saúde bem-intencionados podem sentir que, por meio do fornecimento do LARC aos pobres ou jovens, estão ajudando a transformar as desigualdades que aparecem nas estatísticas. No entanto, por meio de pressuposições não questionada sobre qual reprodução é valorizada e qual não é, podem estar contribuindo para a desigualdade social (Gubrium et al., 2016, p. 18-19, tradução minha).

Ainda nessa direção, o trabalho de Laura Briggs (2017) traz algumas considerações sobre a estratificação da biomedicalização. Ela chama atenção para o recrudescimento de dois tipos de “problemas” reprodutivos estruturais: por um lado, aquele causado pelo aumento da demanda da força de trabalho que incentiva as mulheres a adiar ou suspender a reprodução e outro causado pela exploração racializada e seus consequentes problemas de saúde. Segundo a autora, enquanto se espera que um grupo tenha filhos, ainda que mais tarde<sup>230</sup>, o outro grupo é objeto de hostilidade no discurso público e suas taxas de mortalidade são ignoradas. Consequentemente, não se pode dizer que nenhum deles é capaz de ter os filhos que desejam em condições de sua escolha. Embora a centralidade da discussão tenha se mantido muito em torno do direito ao aborto e da contracepção, a autora argumenta que, nas últimas décadas, “muitas pessoas perderam a capacidade de ter os filhos que desejavam, não apenas por meio da esterilização involuntária de pessoas não brancas e com deficiência, como os ativistas vêm apontando há gerações, mas também por meio de infertilidade estrutural involuntária resultantes de mudanças econômicas e empregos inseguros (Briggs, 2017, p. 147-148, tradução minha).

Quanto às pessoas que podem, mas não “deveriam” engravidar, dentre os quais estão os adolescentes, a autora escreve:

Embora as crenças sobre o nível de bem-estar material necessário para ter filhos motivem grande parte da conversa popular sobre quem “deveria” ter filhos, é claro que não existe um padrão específico. O fato mesmo de haver uma relação entre o bem-estar material e a procriação é uma crença do século XX, da classe média e, em certa medida, dos brancos. Além disso, as evidências de que a gravidez na adolescência leva a resultados ruins - em termos de saúde, educação ou renda - é, na melhor das hipóteses, controversa e altamente dependente da classe. De fato, como vimos, algumas pesquisas argumentam de forma persuasiva que para as meninas afro-americanas em áreas urbanas de alta pobreza, ter filhos na adolescência é na verdade uma boa ideia, levando a bebês mais saudáveis e maior renda, permitindo-lhes

---

<sup>230</sup> A autora faz uma longa e interessante discussão sobre as tecnologias de reprodução assistida e o incentivo das empresas, como *Apple* e *Facebook*, ao congelamento de óvulos. Embora seja uma discussão relevante e complementar, não abordarei nesta tese.

permanecer na força de trabalho por mais tempo (conforme seus filhos envelhecem) e evitando algumas das consequências para a saúde dos recém-nascidos de ter uma mãe cujo corpo foi brutalizado por ser pobre, porque as mães mais jovens sofreram menos “adversidades” (Briggs, 2017, p. 126-127, tradução minha).

A autora também chama atenção para a diferença no uso de contraceptivos nos Estados Unidos. Mulheres negras e latinas são com muito maior frequência utilizadoras de métodos de longa duração (e médico-dependentes) que mulheres brancas. Da mesma forma que vemos no Brasil, “profissionais de saúde os preferem para mulheres e meninas jovens, com baixa escolaridade, deficientes e/ou de minorias raciais, porque são vistas como tomadoras de decisão fracas e usuárias inadequadas de anticoncepcionais”. Para a autora, tais métodos seriam, em certo sentido, “os herdeiros tecnológicos do impulso social incorporado pela esterilização eugênica em uma geração anterior” (Briggs, 2017, p. 127-128, tradução minha).

Ainda no tocante à biomedicalização estratificada, com a qual a produção de “grupos de risco” acaba por colaborar, argumento que está intimamente ligada também à lógica de antecipação que dá a essas práticas dimensão temporal alargada (Adams, Murphy e Clarke 2009; Clarke et al, 2010, Murphy, 2017). Conforme Michelle Murphy (2017), a antecipação designa

tanto uma orientação temporal em direção ao futuro quanto um estado afetivo, uma condição subjetiva excitada de anseio, desejo, aspiração, ansiedade ou medo, voltada para o futuro. Nos níveis epistêmico e afetivo, a antecipação torna o futuro palpável no presente. (...) A antecipação está presente, ao mesmo tempo, nos gráficos populacionais abstratos e coloridos e no estado corporificado vivido de expectativa, aspiração e ansiedade. (...) De quem são os sonhos para o futuro que se tornam legíveis? Que aspirações são consideradas sensatas? (...) Na virada do século XXI, o futuro das meninas passa a existir em uma densa constelação de relações antecipatórias, imaginadas como cascatas de reações probabilísticas que podem sofrer intervenções preventivas (Murphy, 2017, p. 114-115, tradução minha).

Murphy tem como foco o caso de Bangladesh, onde iniciativas realizadas nos Estados Unidos advogam pelo investimento na educação das jovens visando à diminuição de sua fecundidade, comumente contabilizada por meio de “nascimentos evitados” e por suas consequências na produtividade. Lawrence Summers, que foi vice-presidente do Banco Mundial, passou a defender nos anos 1990 que investir em educação era mais barato e eficaz para diminuir o número de nascimentos que investir em programas de contracepção (Murphy, 2017, p. 114). Aqui, embora não seja o mesmo caso, já que os esforços são de intervenções diretas nas práticas contraceptivas das jovens e não investimentos em educação, vemos como alguns argumentos também se baseiam no aumento da produtividade e na expectativa financeira em torno do impedimento desses nascimentos. Além disso, as campanhas do governo federal contra a

gravidez na adolescência chamam adolescentes e responsáveis a “se informarem”, “refletirem” e “planejarem seu futuro”, em uma lógica antecipatória que responsabiliza individualmente adolescentes e famílias, desobrigando o Estado em dar melhores condições nas quais escolhas possam ser realizadas. Ao mesmo tempo, chama a atenção também a resposta da Febrasgo que, embora se posicione contrária à promoção da abstinência sexual entre adolescentes, também associa a “gravidez precoce” - considerando portanto que antes do “momento ideal” - à perpetuação do “ciclo da pobreza” e a um “impacto econômico no país” em termos de produtividade. É nesse sentido que argumento, com Murphy, que aqui também se trata de uma “economização da vida” (título do livro da autora), na qual o “valor diferencial da vida se torna cada vez mais financeirizada, orientada tanto pela antecipação quanto pela prevenção” (Murphy, 2017, p. 115, tradução minha).

Embora o que vimos ao longo do capítulo esteja em continuidade com a abordagem do controle populacional, que privilegia eficácia contraceptiva e na qual se compara riscos dos dispositivos com mortalidade materna, há diferenças importantes. Murphy faz uma comparação interessante, chamando atenção para como o “problema da população humana” se modificou no último século e como tem sido formulado mais recentemente em termos de crise de “superpopulação” de alguns e “subpopulação” de outros dentro de um mesmo Estado. A autora compara as diferentes abordagens ao longo do tempo:

No início do século XX, isso foi colocado como o problema da fertilidade diferencial, dos pobres tendo mais filhos do que os ricos, dos negros tendo mais filhos do que os brancos, de outros superando em número a elite hegemônica. Em meados do século XX, o problema da população tornou-se um problema de excesso populacional nos “países em desenvolvimento”, que impediria a possibilidade econômica e as chances de vida de outros no futuro. A população era uma bomba, na qual muitos tipos errados de vida ameaçavam destruir as economias e o mundo. No final do século XX, a população como problema de economia foi financeirizada, realizando diferenciações entre vida produtiva e improdutiva, vida digna de investimento que acumula valor e vida que não é digna de nascer e que, se nascida, diminuiria o valor do todo. Tendo sido produzida enquanto conceito por meio do modelo de transição demográfica, “população” tem sido usada para legitimar muitos tipos de cálculos desumanizadores de valorização das vidas (Murphy, 2017, p. 135-136, tradução minha).

É também criticando esse modelo que Gubrium et al. (2016) defendem que o sucesso da avaliação das políticas de distribuição de contraceptivos não deve ser medido por meio da quantidade de “métodos LARC que distribuem, de gravidezes na adolescência que previnem ou do dinheiro que contribuintes economizam, mas da quantidade de pessoas que se sentem verdadeiramente respeitadas e cuidadas quando se trata de ter filhos e formação familiar (Gubrium et al, 2016, p. 19, tradução minha).

É importante também chamar atenção para como os movimentos de recusa às pílulas anticoncepcionais recentes não abordam a questão do controle populacional. Embora o movimento feminista tenha um histórico de oposição a essa abordagem no país, como vimos no primeiro capítulo, essa questão não é discutida nos grupos do *Facebook* que debatem efeitos colaterais dos hormônios contraceptivos (Klöppel, 2017; Santos, 2018; Rodrigues, 2020; Pissolito, 2021)<sup>231</sup>. Isso não significa dizer que não haja coletivos feministas engajados contra essa abordagem (o próprio Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde é exemplo de que há), mas que a discussão específica sobre efeitos colaterais de hormônios contraceptivos e suas recusas, protagonizado por mulheres de camadas médias, não inclui a preocupação com a estratificação da biomedicalização como central. A audiência pública descrita no capítulo 3, cuja participação de Carla Castro foi fundamental, demonstra também essa ausência. Se levarmos em consideração que ao longo de sua história, o Brasil teve diversas comissões parlamentares de inquérito para discussão sobre práticas de controle populacional, hoje vemos um debate mais centrado nos efeitos colaterais e no direito de informação às usuárias de contraceptivos, algo mais parecido com o que aconteceu nas audiências públicas realizadas nos Estados Unidos no final da década de 1960 e descrita no primeiro capítulo desta tese. É possível também especular, a partir das exposições realizadas neste capítulo, que as práticas de recusa às pílulas anticoncepcionais protagonizadas por mulheres escolarizadas e de camadas médias contribuíram indiretamente com a promoção de LARCs pelos ginecologistas. Embora as críticas realizadas pelos médicos às pílulas anticoncepcionais se refiram principalmente à eficácia (e não a seus efeitos colaterais), vemos que aqui as recusas das mulheres também são citadas como importantes no convencimento dos médicos a colocarem mais DIUs. Não há, como nos capítulos anteriores, uma defesa enfática das pílulas combinadas. Não coincidentemente, trata-se de práticas que focam no serviço público de saúde e em grupos considerados “de risco” para gravidez não planejada, e não no serviço privado, muito associados às práticas de aprimoramento (nos quais abordagem do controle populacional não aparece de maneira tão significativa).

Outro ponto fundamental é a participação da indústria farmacêutica também nessa promoção dos LARCs hormonais na saúde pública e privada. Essa participação se dá de muitas formas: patrocinando e desenhando pesquisas como a TANCO no Brasil e em outros países, fazendo doações para diferentes ambulatórios de planejamento familiar associados a

---

<sup>231</sup> No caso da percepção da fertilidade, há um debate mais engajado sobre justiça reprodutiva, principalmente entre aquelas que trabalham diretamente com o tema, mas se trata de um movimento minoritário dentre as práticas de recusa às pílulas.

universidades públicas, com acordos com instituições do Executivo e do Judiciário e com o pedido direto de inserção no SUS por meio do Conitec. A mediação da Febrasgo, nesse sentido, é fundamental. Vê-se que pelo menos parte significativa da sua Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção atua em conjunto com a indústria de diferentes formas, não apenas como promotores de seus contraceptivos, mas também emprestando sua autoridade científica na produção de artigos e também via atendimento contraceptivo nos ambulatórios que coordenam. Também as posições oficiais da Febrasgo se alinham com interesses dessa indústria, como no caso do pedido de inserção no SUS do SIU hormonal em 2016 e na defesa da portaria que instituiu os implantes para grupos “vulneráveis” em 2021.

Não se trata, contudo, de argumentar que tais posições sejam reduzidas aos interesses da indústria, como se tais ginecologistas ou mesmo a associação fosse manipulada por ela, mas de reconhecer que são interesses alinhados. Minha hipótese, assim como argumento já no primeiro capítulo, é que tendo em vista a história da ginecologia, há muito associada a uma missão tida como “social” prioritariamente voltada à prevenção da gravidez não planejada e suas consequências, acaba por se sobrepor à abordagem da saúde reprodutiva ou mesmo da justiça reprodutiva<sup>232</sup>. Não se trata, portanto, de associar práticas de “coerção contraceptiva” em seus diferentes níveis à “má intenção” desses e outros profissionais de saúde, mas de compreender que não estão alijados das dinâmicas sociais e históricas enraizadas na história da medicina e da ginecologia no país. Como escrevem Brandão e Cabral (2021), trata-se de

um esquema mais amplo relativo à forma como políticas públicas são desenhadas, como programas e serviços de saúde são organizados, muitas vezes por meio de incentivos fiscais, aportes de recursos internacionais, dentre outras formas de apoio, que terminam por subordinar a autonomia reprodutiva como um princípio basilar destes programas (Brandão e Cabral, 2021, p. 2680).

Finalmente, sublinho, ainda nesse quadro de associação entre indústria e ginecologistas da Febrasgo, como se dá a produção e circulação das “percepções das mulheres” e “dos ginecologistas” brasileiros em relação aos contraceptivos a partir da pesquisa TANCO. Uma pesquisa desenhada pela Bayer e realizada com algumas usuárias e ginecologistas do sistema privado em três cidades é traduzida, por meio de apresentações nos congressos, em evidência dos desejos e conhecimentos “das mulheres e ginecologistas brasileiros”. Nesse sentido, a participação tanto da Febrasgo quanto da indústria é fundamental na forma como se

---

<sup>232</sup> Embora tenhamos visto no capítulo 1 alguns discursos que se referem à liberdade e aos direitos reprodutivos, eles parecem estar presentes apenas nas práticas de promoção dos contraceptivos voltados ao público mais amplo. Quando se trata das apresentações nos congressos, a importância de se respeitar as escolhas das usuárias em potencial, por exemplo, dificilmente aparece, mesmo em um sentido liberal associado a um empoderamento da consumidora.

materializam e circulam, entre ginecologistas que frequentam tais congressos, formas específicas de mulheridade e de ginecologia que vêm a ser privilegiadas em detrimento de outras possibilidades e realidades agenciais. Não é à toa que nos enquadramentos produzidos por essas pesquisas, são apagadas diferenças entre LARCs hormonais (SIU e implante) e não hormonais (DIU de cobre), indicando apenas o desejo “das mulheres” por opções contraceptivas com menor dosagem hormonal. Sendo a Bayer a fabricante do SIU, a pesquisa não passa ao largo do interesse em produzir mulheres e ginecologistas interessados em seu dispositivo contraceptivo.

Assim, embora este capítulo não tenha abordado especificamente a defesa da segurança da pílula anticoncepcional pelas configurações em torno da Febrasgo, ele é importante porque indica novas tendências no aconselhamento contraceptivo defendido pela associação e porque expõe um “benefício” da contracepção em geral e a missão da ginecologia em particular que acaba por ficar implícita na defesa dos contraceptivos orais combinados nos outros capítulos: a necessidade de prevenção da gravidez não planejada, principalmente entre jovens (que são também aquelas que mais têm recusado as pílulas). Nesse sentido, quando se reconhece que as pílulas podem não ser a melhor opção para todas as mulheres, é por considerarem que há contraceptivos mais eficazes, e não por conta de seus possíveis riscos e efeitos colaterais.

## **CAPÍTULO 5 – Dos efeitos colaterais aos benefícios extracontraceptivos: a produção da mulheridade e das pílulas combinadas**

### **5.1 Introdução**

Levando-se em consideração que partimos de uma configuração na qual a “segurança” de um dispositivo é produzida em torno do sopesamento entre riscos e benefícios, tenho defendido ao longo deste trabalho que as práticas em torno da Febrasgo - ao responderem às preocupações quanto ao risco aumentado de tromboembolismo venoso (TEV) - têm enfatizado os supostos benefícios dos contraceptivos orais combinados e minimizado seus riscos, produzindo a segurança desses artefatos. Considerando que “benefícios” e “riscos” são efeitos de intra-ações específicas, descrevo, neste capítulo, alguns dos enquadramentos sobre seus efeitos colaterais “menores” (aqueles não considerados fatais como a TEV) e os chamados “benefícios extracontraceptivos”. Dessa forma, busco compreender como essa segurança é performada junto aos aparatos de gênero e de biomedicalização.

Este capítulo será dividido em duas partes. A primeira delas aborda principalmente os efeitos relacionados especificamente à dose de estrogênio das pílulas combinadas. Como vimos na introdução e no capítulo 2, a presença desse hormônio foi fundamental para o lançamento das pílulas combinadas por conta de possibilitarem a “regulação” dos sangramentos, o que compostos apenas de progestagênio não possibilitam. Essa é ainda uma questão importante que aparece nas configurações em torno da Febrasgo, já que diferentes dosagens do hormônio podem ter efeitos diversos no que chamam de “padrão de sangramento” e nos efeitos colaterais “menores”, que não são comumente considerados “riscos” como a TEV.

Além disso, este capítulo dá continuidade ao capítulo 2, no qual discuti o enquadramento histórico das pílulas anticoncepcionais e as diferenciações entre pílulas de segunda e terceira/quarta geração em relação ao risco de TEV. Já naquele capítulo, abordei a forma como as pílulas combinadas são associadas à diminuição dos androgênios livres. Tal diminuição - que pode ser mais ou menos intensa a depender da dosagem de estrogênio e do tipo de progestagênio - é vinculada não apenas a um maior risco de TEV, mas também à promoção dos chamados “benefícios extracontraceptivos”, como redução da acne, de pelos e da oleosidade dos cabelos. Tais efeitos estão ligados, sobretudo, ao componente estrogênico das pílulas, o que significa dizer que os métodos compostos apenas de progestagênio não estão associados aos mesmos efeitos. Contudo, os progestagênios presentes nas pílulas combinadas também fazem diferença na medida em que são eles que diferenciam as pílulas em gerações. Assim, embora tais progestagênios não sejam os principais responsáveis por tais efeitos, eles



aparecem como potencializando mais ou menos os efeitos do componente estrogênico, o que descrevi no capítulo 2 e retomarei aqui. É nesse sentido que as pílulas de segunda geração, compostas por progestagênios considerados chamados androgênicos, são menos associados a tais efeitos que as pílulas de terceira e quarta geração que, compostas por progestagênios antiandrogênicos, são promovidas de forma mais enfática em torno de tais “benefícios”. Contudo, essa diferenciação não aparece sempre de forma estável, como também veremos ao longo do capítulo.

Dessa forma, busco responder como essas práticas semiótico-materiais em torno das pílulas são coproduzidas junto às suas possíveis usuárias e aos ginecologistas, assim como descrever a forma que tais práticas atualizam ou reformulam os aparatos de gênero e de biomedicalização. Como o enquadramento dos efeitos colaterais e dos benefícios extracontraceptivos das pílulas se relaciona com sua divisão em gerações? Quais as práticas e efeitos desse enquadramento na produção do gênero e da ginecologia? Ademais, considerando que essas não são as primeiras controvérsias em torno da segurança das pílulas anticoncepcionais, busco como objetivo mais geral contribuir para o entendimento das especificidades das atuais controvérsias.

## **5.2 A dose de estrogênio e a preocupação com a adesão: dos efeitos colaterais “menores” aos sangramentos programados**

Nesta seção, abordarei dois conjuntos de efeitos relacionados às pílulas: primeiro, aqueles tidos como negativos que não são, em geral, descritos como “riscos”, como as náuseas, dores de cabeça e das mamas, bem como os inchaços; além disso, refiro-me também às interferências nos “padrões de sangramento” que, a depender do enquadramento, aparecem tanto como não tendo relação com as pílulas, quanto como efeito colateral ou como benefício extracontraceptivo.

Início voltando a descrever a teleaula de Rogério Bonassi Machado intitulada “Benefícios não contraceptivos e segurança dos anticoncepcionais com progestagênios antiandrogênicos”, na qual ele fala em nome da Febrasgo. Já descrevi parte dessa aula, disponível na plataforma *vimeo* pelo perfil da McCann Health e apoiada pela empresa Grünenthal e pela Febrasgo, no capítulo 2. Contudo, se lá enfatizei a relação das pílulas com o risco de TEV apresentada na aula, aqui focarei nos outros efeitos citados.

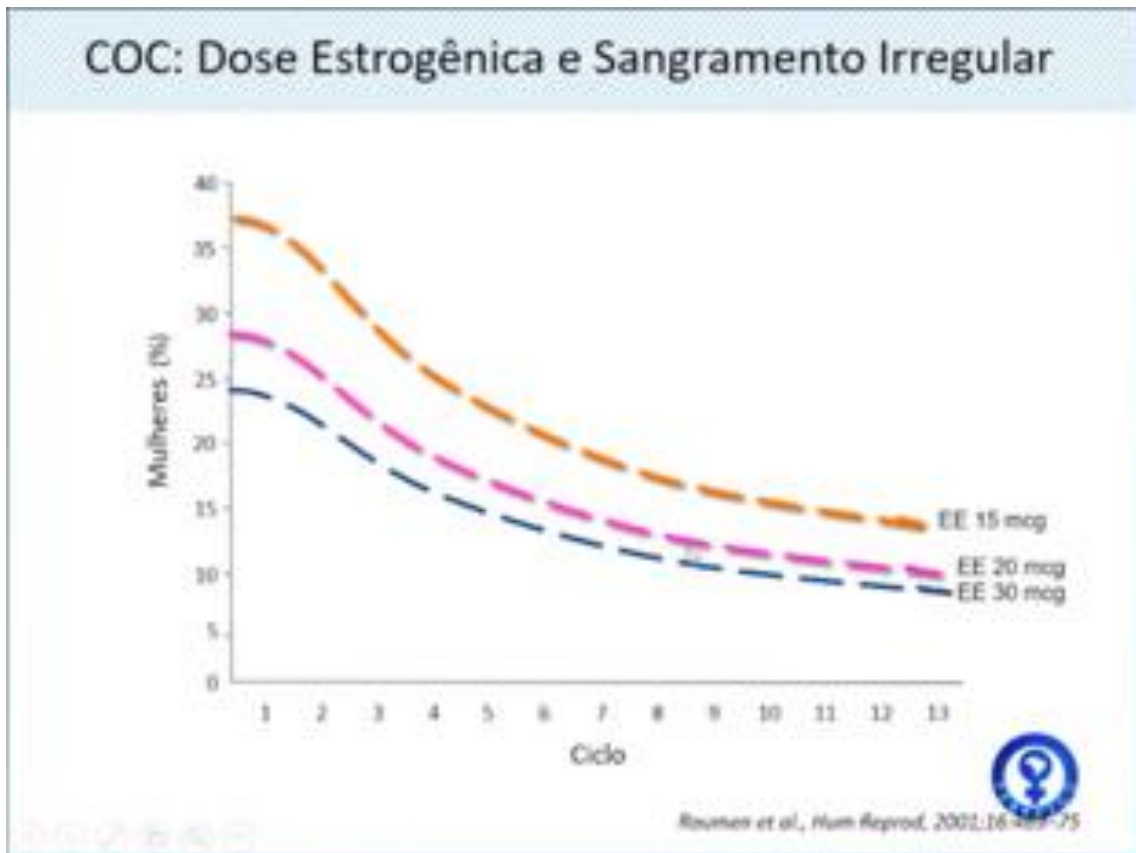
No início de sua teleaula, Machado responde à pergunta sobre os hormônios utilizados na anticoncepção hormonal oral combinada, doses e combinações possíveis da seguinte forma:

Hoje é um momento em que o anticoncepcional oral sofre a influência negativa principalmente de informações desajustadas provenientes da mídia social. E é interessante que o ginecologista hoje volte um pouco aos fundamentos da anticoncepção e que nós possamos fazer uma análise crítica sobre as formulações existentes, principalmente aquelas de baixa dose, que nós usamos muito na nossa prática clínica. A pílula anticoncepcional é composta por um estrogênio e por um progestagênio. Na maioria das formulações, é o próprio etinilestradiol que é o estrogênio do anticoncepcional. O que varia em relação a esse composto, que é um estrogênio sintético, são as suas doses. Existem doses de etinilestradiol de 35 microgramas, de 30, de 20 ou de 15 microgramas, que vão ser combinados aos progestagênios. (...) Por outro lado, os progestagênios não só variam na dose, mas variam na sua formulação, na sua classificação. (...) Agora, nesse ponto, quem é quem na anticoncepção? Então, nós sabemos que o ator principal da anticoncepção oral combinada é o progestagênio. Então o progestagênio é marcado pela sua ação de bloqueio ovulatório. (...) Tanto que existem pílulas que contêm somente os progestagênios. E os estrogênios, para que servem na anticoncepção? Fundamentalmente para o controle do ciclo. Uma vez que as mulheres que usam progestagênios não têm padrões de sangramento regulares, a associação de um estrogênio torna esse sangramento regular, então a mulher tem, para ela, “menstruações regulares”. (...) E hoje, todas as pílulas são consideradas pílulas de baixa dose. A classificação de dose estrogênica se deve ao componente estrogênico etinilestradiol. Então quando se fala pílula de baixa dose, nós já estamos contemplando todas as pílulas que são abaixo de 50 microgramas desse estrogênio (Machado, 2018).

Como já descrevi nos primeiros capítulos, enquanto é o composto progestagênico dessas pílulas que faz o bloqueio ovulatório (e a contracepção, portanto), o composto estrogênico é responsável, sobretudo, pelo “controle do ciclo”; ou seja, por tornarem os sangramentos previsíveis evitando os “escapes” menstruais. Já a partir dos primeiros testes realizados nos anos 1950 por Gregory Pincus e John Rock, os pesquisadores chegaram à conclusão de que a supressão dos sangramentos não ajudava na construção de um contraceptivo que fosse amplamente aceito. Dessa forma, modificaram o regime de administração das pílulas para que um sangramento que mimetizasse a menstruação ocorresse mensalmente. Desde 1956, já sabiam também que o estrogênio era crucial para essa “regulação”, evitando os escapes e respondendo, dessa forma, às objeções morais a drogas que pudessem interferir na “natureza menstrual” (Oudshoorn, 1994, p. 119-120; Marks, 2001, p. 72-75). Por outro lado, sabiam também que, conforme a dose do hormônio aumentava, aumentava-se as queixas em torno de náusea e dores nas mamas (Marks, 2001, p. 72-75).

É nessa mesma direção que Machado chamou atenção para a importância da dosagem do componente estrogênico dessas pílulas, sublinhando que todas as formulações com menos de 50 microgramas de etinilestradiol são consideradas de baixa dose. Essa classificação de “baixa dose” faz referência, portanto, somente ao componente estrogênico das pílulas. O ginecologista mostra então que há diferenças entre essas dosagens quanto aos seus efeitos na regulação desses sangramentos. Apresentando o seguinte slide (Figura 18), ele explicou:

Figura 18 - Slide “Contraceptivos Orais Combinados: dose estrogênica e sangramento irregular” (2018)



Fonte: Machado (2018)

Fundamentalmente, [a variação na regularidade dos sangramentos está] relacionada à dose do estrogênio. Se compararmos as doses de etinilestradiol, estamos demonstrando aqui nesse gráfico. O percentual de mulheres que apresentam *spotting* ou *escape*, aquele sangramento em pequena quantidade, mas que vai ser irregular. O que se quer quando se usa um anticoncepcional combinado, quando se faz a pausa mensal, é que se tenha o sangramento programado. Mas como nós podemos observar aqui, nos três primeiros ciclos, existe um percentual grande das mulheres, que pode chegar próximo a 40%, que tem sangramentos irregulares. Isso vai diminuindo com o tempo. Mas nós já podemos observar que com as doses menores de etinilestradiol, a dose de 15 microgramas se associa a maior taxa de sangramento irregular. As doses de 20 ou 30 microgramas desse estrogênio se associam a taxas muito parecidas. Nos primeiros três meses, em torno de 20 a 30% de mulheres podem ter sangramentos irregulares, então essa já é uma dica que se faz às usuárias de pílula. Toda vez que tem um sangramento irregular no início, quando elas começam a usar o anticoncepcional, devem manter a pílula. Não adianta trocar aqui por um outro componente, porque ela vai voltar pro patamar inicial. E depois as taxas vão diminuindo. No entanto, vejam que permanece essa diferença entre as doses, então quanto menor a dose do etinilestradiol, maior a chance que existe de ter o sangramento (Machado, 2018).

Embora Machado reivindique que esse é um problema mais relevante nos primeiros meses de uso, vemos pelo que gráfico que, mesmo após 12 “ciclos” de uso das pílulas, há ainda uma porcentagem das usuárias que continuam com sangramentos irregulares: em torno de 15%

dentre as usuárias de formulações com 15 microgramas de etinilestradiol e algo próximo a 10% dentre as usuárias de formulações com 20 ou 30 microgramas do hormônio. Assim, embora a diferença entre essas porcentagens de usuárias que continuam com sangramentos irregulares com diferentes formulações não seja muito grande, o médico indica que quanto maior a dose do estrogênio, maior a “regulação” dos sangramentos ou menor a quantidade de escapes (também chamados de *spottings*).

Na ocasião do Congresso da Sogesp de 2019, Larissa também comentou, em mesa intitulada “Controvérsias em Anticoncepção”, sobre o problema que o sangramento irregular causa, principalmente nos métodos sem estrogênio associados, como os injetáveis de medroxiprogesterona (tipo de progestagênio), os implantes de etonogestrel e os SIUs hormonais (de levonorgestrel). Ela falou:

Acho que o que mais atormenta a gente no consultório são os sangramentos irregulares com progestágenos, né? Que acontece com os implantes, que acontece com a medroxiprogesterona de depósito [injetáveis], acontece com o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. Quando descobrirem um tratamento para esse tipo de sangramento efetivo, nós estamos muito bem, porque os métodos são bons. As pacientes toleram muito bem esses métodos. Eles não têm estrogênio, então a gente acaba tendo maior número de mulheres que a gente pode usar, podendo abordar aquelas que não poderiam usar estrogênio. Esse sangramento, entretanto, é motivo de... Principalmente para a gente que faz consultório, é um dos motivos de tortura maior, porque você vai levando, tentando ajudar a paciente a passar o tempo e não passa (Larissa, Sogesp 24/08/2019)

Ou seja, haveria um diferencial importante das pílulas combinadas em relação aos métodos compostos apenas de progestagênios: uma maior previsibilidade dos sangramentos, ainda que não seja o caso de todas as usuárias. Ao mesmo tempo, a fala de Larissa também relembra os possíveis efeitos adversos associados a esse componente estrogênico, que são contraindicados para algumas usuárias. Além do risco aumentado de trombose, esse hormônio também é vinculado a outros efeitos colaterais, que nem sempre são enquadrados como “riscos”. São os efeitos que vimos no capítulo anterior citados por van Kammen e Oudshoorn (2002), geralmente descrito como efeitos “menores” e “passageiros”, porque não potencialmente fatais. Foi a abordagem da “saúde reprodutiva”, nos anos 1990 pós Cairo, que passou a defender que se monitorassem também tais efeitos nas testagens clínicas dos contraceptivos, que em geral só incluíam os efeitos considerados “sérios”. Entretanto, na prática, eles nem sempre são considerados.

Efeitos como náusea e dores de cabeça foram identificados já nas primeiras pesquisas com as pílulas anticoncepcionais, resultando na saída prematura de várias participantes dos primeiros testes clínicos. Segundo Oudshoorn (1994), Pincus elaborou um teste com as usuárias

e concluiu que tais queixas seriam psicossomáticas. Contudo, acabou atribuindo tais sintomas aos efeitos estrogênicos do progestagênio utilizado à época e, assim, solicitou à Searle que um composto sem tal contaminação fosse produzido. O que aconteceu nos testes seguintes com o progestagênio purificado, no entanto, foi o aumento dos sangramentos irregulares. Atribuindo tal irregularidade à falta do estrogênio, ele acabou sendo inserido novamente (Oudshoorn, 1994, p. 130).

Conforme Lara Marks (2001), os pesquisadores vinculados aos primeiros testes clínicos também acreditavam que os efeitos incômodos, entendidos como de curto prazo, eram análogos aos efeitos fisiológicos da gravidez, cujos hormônios contraceptivos imitavam: dores de cabeça, seios inchados, letargia e mesmo a trombose. Conforme a autora, a pílula foi assim considerada “uma extensão natural dos hormônios no corpo das mulheres. Isso foi usado para explicar sintomas como náuseas, sensibilidade nos seios, depressão e mesmo a trombose, que as mulheres experimentavam ao utilizar a pílula” (Marks, 2001, 136-137, tradução minha). Assim, vê-se mais uma vez a associação dos efeitos do estrogênio aos corpos marcados como mulheres enquanto “naturais”, reforçando a associação entre estrogênio, mulheridade, gravidez e “natureza”. Tais efeitos, independentemente de serem desejados ou não, são tidos como mais toleráveis que o seriam para os homens, já que a comparação dos efeitos nas mulheres é sempre com os efeitos da gravidez.

Consoante Junod e Marks (2002), tanto para os órgãos regulatórios dos Estados Unidos quanto da Grã-Bretanha, o fenômeno não foi considerado problema de segurança porque a interrupção do uso fazia com que os sintomas passassem. Assim, apesar da preocupação de que talvez os efeitos adversos pudessem superar as vantagens como anticoncepcional, os reguladores consideraram que esse era um problema da empresa que o lançaria, e não um problema de segurança. Entendiam que, se tais efeitos dissuadissem as mulheres de utilizá-lo, o produto não venderia. O fato de que pelo menos 20% das usuárias nos testes de Porto Rico e 66% das testadas em Los Angeles interromperam o uso de Enovid por conta de tais efeitos colaterais indica que se tratava de um problema significativo. Especificamente quanto à náusea, sintoma mais relatado, a Searle apenas garantiu aos pesquisadores que antiácidos aliviariam os sintomas e que eles se dissipariam ao longo do tempo de uso. Ainda assim, os médicos americanos relataram que pelo menos 20% de suas usuárias sofriam desse efeito e seus sintomas não diminuíam ao longo do tempo. Além disso, muitas diziam que os antiácidos não eram efetivos para tratar esse problema (Junod e Marks, 2002, p. 142-143). A atribuição da resolução desses efeitos colaterais “menores” à Searle ou outras empresas que vendiam os

medicamentos, fazendo dessa uma questão a ser resolvida pela oferta e demanda, não levou em conta a relevância da promoção dos medicamentos, realizado pelas empresas, para médicos e usuárias, com investimento cada vez maior em *marketing*. Desconsiderou-se, assim, tanto a influência dessas empresas na produção científica e na formação dos médicos, quanto a influência desses últimos sobre suas pacientes.

Ou seja, desde seus primeiros testes, parece haver um conflito entre os efeitos desejados e indesejados do componente estrogênico das pílulas combinadas. Se, por um lado, é associado ao risco aumentado de trombose, náuseas, inchaço, dores de cabeça e nas mamas, é também ligado ao “controle de ciclo”. Ao contrário do que se poderia pensar, contudo, esse não é um conflito plenamente resolvido hoje.

Para ilustrar como essas tensões são discutidas nas configurações em torno da Febrasgo, descrevo abaixo parte do Curso Pré Congresso em Anticoncepção (coordenado por Larissa e Marcelo) que aconteceu no Congresso da Sogesp em 2018, que acompanhei presencialmente. Primeiro, refiro-me à apresentação da ginecologista Luciana, intitulada “Com tantos contraceptivos orais disponíveis, como escolher a pílula na prática?”. A médica é doutora (2011) por uma universidade pública do Estado de São Paulo, tendo sido orientada por José, ex-presidente da Febrasgo e ex-membro da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo. Luciana trabalha com ênfase nos seguintes temas: ginecologia preventiva, endocrinologia ginecológica, anticoncepção, tratamento e terapia de reposição hormonal. Foi ainda da direção da Sogesp entre 2005 e 2020, atua em consultório privado no estado de São Paulo e com educação médica na área de ginecologia.

A ginecologista iniciou sua apresentação da seguinte forma:

Essa é uma aula que é do nosso dia a dia, né? Como fazer a escolha de uma pílula diante de tantas opções que nós temos? Então uma das coisas que nós temos que lembrar na escolha é a evolução da contracepção oral. O avanço chave foi a diminuição da dose de estrogênio, com as formulações de baixa dose. Isso quer dizer menos de 35 microgramas de etinilestradiol. Aí as formulações com 20 microgramas de etinilestradiol costumam ser tão eficazes quanto as pílulas de 30 a 35, mas reduzindo já os efeitos estrogênicos como as náuseas, os inchaços e a sensibilidade mamária. No entanto, aumentou-se um pouco a taxa de sangramento irregular. (...) Quais são os princípios para prescrever uma pílula que todo mundo deve seguir? Ter a menor dose de estrogênio e progestagênio para oferecer um bom controle de ciclo e contracepção. Ser bem tolerável, ter o melhor perfil de segurança, ser acessível e oferecer benefícios adicionais não contraceptivos, se desejado (Luciana, Sogesp, 23/08/2018).

Aqui, Luciana se diferenciou de Machado, que havia dito em sua teleaula que “baixa dose” eram aquelas com menos de 50 microgramas do componente estrogênico. Diferente do médico também, a ginecologista apontou para uma diferença entre as pílulas contendo 15 e 20

microgramas de etinilestradiol em relação às que contêm 30 ou 35: a redução de efeitos estrogênicos como náusea, inchaço e sensibilidade mamária. Por outro lado, foi ao encontro dele quando afirmou que haveria o aumento do sangramento irregular ou não programado. Quanto aos princípios que sugeriu que devem ser seguidos na prescrição de pílulas - menor dosagem dos hormônios, desde que ofereçam “controle de ciclo” e contracepção, tolerabilidade, segurança, acessibilidade e oferta de benefícios adicionais não contraceptivos, se desejado - reitero que nem sempre seguem a mesma direção, podendo haver conflitos importantes entre eles.

Luciana então separou a sua “aula” em duas partes: primeiro tratou de como realizar as escolhas de pílulas levando em consideração os efeitos colaterais das pílulas combinadas e depois se referiu à mesma escolha considerando seus benefícios extracontraceptivos. Nessa seção, abordarei a primeira parte, principalmente no que se refere aos efeitos relacionados à dose de estrogênio. Luciana citou a náusea, a mastalgia (dores nas mamas), o inchaço/retenção de líquidos e a cefaleia (dor de cabeça que não é diagnosticada como enxaqueca) como associadas à dose do componente estrogênico das pílulas combinadas. Dessa forma, dentre outras medidas possíveis, incluiu a indicação de reduzir a dosagem de estrogênio como forma de lidar com tais efeitos (ou a troca para métodos sem estrogênio associado).

Destaco essa aula sobretudo porque constituiu uma exceção, já que esses efeitos adversos “menores” são dificilmente abordados nos congressos, assim como não o são na teleaula de Machado. No manual de anticoncepção da Febrasgo, publicado em 2015, alguns desses efeitos aparecem, como a náusea, a cefaleia, a mastalgia e o ganho de peso (Finotti, 2015, p. 39). O “manejo clínico” sugerido para lidar com tais efeitos, contudo, é um pouco diferente daquele proposto por Luciana. Quanto à náusea e às cefaleias, não há sugestão de diminuição da dose do componente estrogênico, por exemplo. Apenas quanto à mastalgia, essa é uma sugestão. No tocante ao ganho de peso (inchaço e retenção de líquidos não aparecem), diz-se que “não existem evidências de que anticoncepcionais orais possam interferir negativamente. Deve-se identificar a causa do ganho de peso e orientar adequadamente o tratamento” (Finotti, 2015, p. 39). No caso das náuseas, tanto Luciana quanto o manual sugerem também o uso noturno e, no caso das cefaleias, o manual sugere também uso de anti-inflamatórios.

Por outro lado, a orientação quanto à queixa em relação ao sangramento irregular se dá da seguinte maneira na apresentação de Luciana e no manual da Febrasgo:

Um outro ponto para nos nortear na escolha da pílula é quando a paciente vem se queixando de sangramento irregular. Se ela toma uma pílula de 20 microgramas, o

que você pode fazer? Aumentar para uma pílula de 30 ou 35 microgramas. Se ela já estiver em uso de uma pílula de 30 ou 35 microgramas, tentar outra forma de contracepção. Considerar, por exemplo, o anel vaginal (Luciana, Congresso Sogesp, 23/08/2018).

Manchas (*spotting*) ou sangramento intermenstrual: são comuns nos três primeiros ciclos. Após este período aventar a possibilidade da troca por AOC [anticoncepcional oral combinado] com maior dose estrogênica. Pode-se ainda recorrer à adição de estrogênios por duas semanas, mantendo-se o contraceptivo. Anti-inflamatórios não hormonais podem auxiliar (Finotti, 2015, p. 39).

Ou seja, como vimos anteriormente, o estrogênio é associado a um melhor “controle de ciclo” e, portanto, recomenda-se que sua dose seja aumentada em caso de sangramento irregular. Essa discussão tem continuidade na parte do debate do curso pré-congresso, principalmente no que se refere à prescrição de pílulas para adolescentes.

Provocados por um médico da plateia, que perguntou se as pílulas com 15 microgramas de etinilestradiol eram mesmo as mais indicadas para adolescentes, já que levavam a maior sangramento irregular, os integrantes da mesa - Luciana, Leandro e Larissa - comentaram.

Primeiro, Luciana, que tinha abordado mais diretamente o assunto, respondeu:

Para adolescentes, a gente preconiza o uso das menores doses de etinilestradiol, porque as pacientes que são virgens do tratamento de anticoncepção são extremamente suscetíveis a ter efeitos colaterais. Então, principalmente dor de cabeça e enjôo são algumas das coisas que mais fazem as pacientes pararem o método, colocarem na cabeça que pílula faz mal pra saúde e que elas não vão usar mais. O meu mestrado, eu fiz com as pílulas de 15 [microgramas de etinilestradiol], então a incidência de efeito colateral é mínima, mínima, mínima, mínima. A não ser o sangramento irregular. Normalmente o primeiro mês, nesse grupo do meu mestrado, todo mundo tinha sangramento o mês inteiro do primeiro ciclo. Então... Mas ao mesmo tempo zero efeitos colaterais. Então eu acho que essa dose para moças mais jovens ou primeira contracepção, 15 ou 20, realmente a nossa chance de ter efeitos colaterais é bem menor (Luciana, 23/08/2018).

Logo em seguida, Leandro comentou, discordando:

Eu acho que a pílula de 20 [microgramas de etinilestradiol], por exemplo, para adolescente, é uma pílula excelente. Por que não, né? A gente vai ter menos sangramento, com isso tem chance de melhor adaptação, né? De melhor adesão, melhor dizendo, né? Pode usar pílula de 15? Pode, não está errado, é algo que se tem falado muito de usar pílula de 15 pra adolescente. Aí é uma questão pessoal. Eu particularmente não gosto de pílula de 15 para adolescente. Eu acho que a pílula de 20 cai melhor. Até porque a adolescência é uma fase em que o risco tromboembólico dela é muito pequeno. Quer dizer, então, se a de 20 aumentar esse risco mais do que a 15... Se tiver uma diferença, é muito pequena, vai aumentar em cima de algo que é mais baixo do que essa média que nós trabalhamos na apresentação, né? São mulheres muito jovens. Então, eu sei que tem muito essa opinião, aparece muito de a pílula de 15 ser para adolescente. Eu tenho dúvidas nisso. Eu não sei se uma pílula de 15 não vai dar mais escape e vai levar ela a parar a pílula. Esse é meu medo. Vou fazer até um contraponto. Eu, particularmente, para adolescente, prefiro começar com uma de 20, se for pílula com etinilestradiol. Mas aí é uma opinião pessoal (Leandro, 23/08/2018)



Larissa, uma das coordenadoras do curso pré-congresso junto com Marcelo, então encerrou a questão da seguinte forma:

Acho que é difícil, eu acho que as duas opiniões têm seu embasamento. Se você estuda muito fisiopatologia, você vai ver que etinilestradiol vai ter um impacto e a dose dele está associada, minimamente que seja, está associada [a mais efeitos colaterais]. Mas na prática, a principal causa de abandono da pílula é sangramento irregular. Quanto menor a dose do estrogênio, maior é a prevalência, então tem que colocar na balança e aí acho que eu concordo com você [refere-se a Leandro] (Larissa, 23/08/2018).

Vemos, portanto, como aparecem conflitos em relação à priorização de diferentes efeitos adversos. Por um lado, aparecem preocupações com enjôo e dores de cabeça (e em alguma medida também o risco de trombose) e, por outro, as preocupações com sangramentos irregulares. Contudo, seja qual for o efeito priorizado, a preocupação parece ser principalmente com o risco de abandono da pílula anticoncepcional. Na fala de Luciana, isso aparece como uma preocupação tanto com a interrupção do método quanto com a forma que essas usuárias vão passar a enquadrar a pílula a partir desses sintomas: “dor de cabeça e enjôo são algumas das coisas que mais fazem as pacientes pararem o método, colocarem na cabeça que pílula faz mal pra saúde e que elas não vão usar mais”.

No caso de Leandro, prevalecem as preocupações com o sangramento irregular, ainda que reconheça que as pílulas de maior dose possam estar associadas a mais efeitos colaterais. Ele não se refere, contudo, a efeitos como enjôo e dores de cabeça, mas a um possível maior risco de trombose com essas doses maiores. Sua preocupação com escape nas pílulas com 15 microgramas de etinilestradiol, que entende que poderiam levar à interrupção do uso, acabam se sobrepondo, no entanto. Por fim, Larissa argumenta que “a principal causa de abandono da pílula é sangramento irregular”, o que a leva a concordar com Leandro que é preferível uma pílula com dose um pouco maior, ainda que reconheça que a dose maior de etinilestradiol esteja associada a mais efeitos colaterais (ela não especificou quais).

Aqui, é importante lembrar que, especificamente quanto ao risco de trombose venosa, a combinação com o progestagênio também pode fazer diferença. Pelo menos segundo revisão sistemática da Cochrane (Bastos et al, 2014), a combinação recomendada é aquela de 30 microgramas de etinilestradiol com levonorgestrel, levando em consideração tanto o menor risco para trombose quanto a boa adesão das usuárias. Segundo a mesma revisão, quando se trata da combinação com esse progestagênio de segunda geração, a diferença das pílulas com 20 ou 30 microgramas do componente estrogênico não faz diferença no risco de TEV - ainda que com a dose de 50 microgramas de etinilestradiol o risco aumente. A figura muda, no entanto, quando se trata de progestagênios de terceira geração, como o gestodeno e desogestrel,

com os quais há diferença de risco de TEV conforme as doses de etinilestradiol, sendo as de 20 microgramas mais seguras que as de 30. O estudo considera, enfim, que as pílulas que apresentam o menor risco de trombose venosa são aquelas com as seguintes combinações: 30 microgramas de etinilestradiol com levonorgestrel, 20 microgramas de etinilestradiol com levonorgestrel e 20 microgramas de etinilestradiol com gestodeno. A pesquisa não inclui, no entanto, pílulas com 15 microgramas de etinilestradiol (Bastos et al, 2014, p. 13).

Ainda destaco que as únicas formulações com 15 microgramas de etinilestradiol são aquelas associadas a um progestagênio de terceira geração, o gestodeno. Já com 20 microgramas, estão disponíveis formulações com progestagênios de segunda (levonorgestrel) e terceira geração (gestodeno, drospirenona e desogestrel). Nenhuma dessas composições, no entanto, está disponível gratuitamente no sistema público de saúde, que oferece apenas a combinação de 30 microgramas de etinilestradiol com levonorgestrel. Isso significa que, pelo menos até certo ponto, essa é uma discussão que se dá principalmente no enquadramento da saúde privada (ainda que, como veremos mais adiante, não se reduza a ela). Isso é expresso também na fala de Larissa citada acima, na qual comenta que o sangramento irregular é “o que mais atormenta a gente no consultório”. “Consultório”, no caso, é o termo êmico para se referir à prática privada da medicina. Esses são alguns indícios de que se trata de um debate que diz respeito a preocupações circunscritas, sobretudo, a tal prática.

Embora tenhamos visto em apresentações, descritas aqui e no capítulo 2, que há um apagamento das diferenças entre as pílulas de baixa dose - que ora são apresentadas como aquelas com menos de 50 microgramas de etinilestradiol, ora como as com menos de 35 microgramas -, na prática, há o reconhecimento de diferenças entre as dosagens, tanto no tocante à regulação do sangramento quanto em relação a outros efeitos colaterais. Isso parece importar mais em relação a adolescentes, sobre as quais há uma maior preocupação quanto à gravidez não planejada, e portanto, quanto à adesão ao uso das pílulas.

Ao mesmo tempo, a apreensão em torno das adolescentes não diz respeito apenas à adesão, mas também a uma associação entre adolescência e vulnerabilidade. Vimos com Luciana como são apresentadas como “extremamente suscetíveis a ter efeitos colaterais” por serem “vírgens do tratamento de anticoncepção”. Embora esse não seja um problema considerado tão significativo para os outros médicos citados, parte da indústria farmacêutica também acaba produzindo um enquadramento similar. Reproduzo abaixo (Figura 19) um folheto que peguei no Congresso da Sogirgs, realizado em Porto Alegre em agosto de 2018.

Trata-se de propaganda de uma pílula de 15 microgramas de etinilestradiol associada a 60 microgramas de gestodeno, cujo nome comercial é *Adoless*®, da FQM Farma.

Figura 19 - Folheto de propaganda da pílula *Adoless*® da FQM Farma



Fonte: Arquivo Pessoal

Vê-se no folheto que a promoção da pílula se dá em torno da associação entre adolescência (expressa no nome comercial) e a baixa dosagem, que resultaria em uma diferença ainda mais significativa quanto maior o tempo utilizado - o que seria uma preocupação ainda mais válida no caso de adolescentes, das quais se espera que utilizem contraceptivos por um longo tempo. Nesse sentido, essa propaganda acaba afirmando a associação corrente, principalmente entre aquelas que recusam métodos hormonais, de que quanto menos hormônios exógenos, melhor. O mesmo acontece em outras promoções de pílulas consideradas de baixa dose, como é o caso da pílula de nome comercial Niki® (20 microgramas de etinilestradiol com 3 miligramas de drospirenona), da EMS, cujo slogan é: “O contraceptivo de baixa dose da nova geração”.

Em certa medida, portanto, parece ser também uma resposta às críticas e preocupações que jovens vêm tendo quanto aos hormônios contraceptivos. Trata-se de um enquadramento parecido com o que Luciana apresenta, quando diz que “dor de cabeça e enjôo são algumas das coisas que mais fazem as pacientes pararem o método, colocarem na cabeça que pílula faz mal pra saúde e que elas não vão usar mais”. Ela parece, portanto, estar preocupada com as práticas de recusa aos hormônios, reconhecendo que, pelo menos em parte, elas vêm acontecendo devido aos efeitos indesejados associados a eles. Embora não da mesma forma que os outros médicos, que se preocupam com a adesão de forma mais direta, Luciana e parte da indústria estão também preocupadas em convencer aquelas mais resistentes ao uso dos hormônios, buscando diminuir os efeitos que consideram indesejados e diferenciar algumas pílulas específicas em sua relação com eles.

No entanto, apesar dessa busca da indústria, grande parte dos médicos não parece ser convencida, como vimos acima. Nessa direção, o ginecologista Guilherme afirmou em entrevista que a ideia de que adolescentes deveriam utilizar pílula de “baixa dose” era uma mentira da indústria farmacêutica. Segundo ele, “baixa dose para adolescente é pior, não pode usar 20 microgramas [de etinilestradiol], tem que usar 30 ou 35” (Guilherme, entrevista 09/08/2018). Da mesma forma ainda, em uma conversa informal com uma representante da FQM Farma, ouvi sobre a maior dificuldade em convencer os médicos a prescreverem as pílulas de baixa dose, justamente por conta dos sangramentos irregulares.

Além disso, o *slogan* presente no folheto da pílula *Adoless*® - “A pílula como sua parceira na liberdade de escolha” - aponta para a continuidade de práticas que associam métodos contraceptivos, “liberdade” e “escolha”, como já comentado desde a introdução por meio da resenha dos trabalhos de Nucci (2012), Sanabria (2010, 2014, 2016) e Manica (2003, 2009,

2011). Como vimos com essas autoras, embora aqui não seja o caso, muitas vezes tal liberdade está associada não apenas à contracepção, mas também à possibilidade de programar os sangramentos ou de evitá-los por completo.

Por fim, chamo atenção ainda para a fala de Larissa em entrevista sobre os problemas de se prescrever as pílulas em uma consulta rápida, sem uma conversa que aborde temas como sexualidade e fertilidade em geral, e sua relação com as práticas das adolescentes quanto aos sangramentos irregulares (que, embora mais associados às pílulas de baixa dose, podem aparecer em outras usuárias também, principalmente nos primeiros meses). Ela disse:

O maior problema é que é prescrito rapidinho, a consulta... Você precisa tratar, falar sobre sexualidade, é por isso que as meninas ficam no *Instagram*, *Facebook*. Porque é uma angústia que tem lá dentro que não é uma consulta médica, nós não estamos doentes. A gente quer saber, entender melhor. Como eu posso lidar com a minha sexualidade, fertilidade, né? E esse espaço é que não tem. E aí acaba usando método e não sabe nem como ele funciona. Você quer uma coisa que abandonam muito? As adolescentes. O primeiro sangramento, aqueles escapes, ela acha que tá com câncer (Larissa, Entrevista, 09/02/2021).

Segundo a médica, portanto, é o desconhecimento do funcionamento do método anticoncepcional - no caso, das pílulas combinadas - que leva as adolescentes a interromperem o uso da pílula por conta dos sangramentos irregulares. De maneira mais geral, ela entende que esse desconhecimento está relacionado à ausência de espaços para a discussão sobre sexualidade e fertilidade. Seria essa também a razão que levaria as “meninas” a buscarem outros espaços nos quais essas discussões aconteceriam. A ginecologista, no entanto, não parece entender que essa discussão deva ser feita durante a consulta médica, já que, em suas palavras, “nós não estamos doentes”. Em outro momento da entrevista citado no capítulo anterior, ela atribuiu a responsabilidade pela informação do mecanismo de ação da pílula à escola. Dessa forma, ainda que faça referência à rapidez das consultas como um problema, parece ser algo sobre a qual não entende que a solução seja médica, deslizando a responsabilidade para outros atores. De toda forma, o que importa especialmente aqui é que atribui a tal desconhecimento o fato de que os escapes levem ao abandono do uso das pílulas no caso das adolescentes.

### 5.2.1 *Efeitos colaterais versus adesão*

Tais descrições indicam a complexidade e dificuldade no gerenciamento dos diferentes efeitos das pílulas combinadas, bem como sua variedade. Longe de ser um medicamento simples, sem efeitos colaterais, as pílulas, em suas diferentes formulações, aparecem nessa configuração exigindo um manejo constante de seus efeitos. Além disso, tais efeitos são discutidos entre os ginecologistas como uma questão relacionada à prescrição e às suas

consequências em termos de adesão ao uso dos contraceptivos, enquanto não se discute a possibilidade de abrir tais conflitos às usuárias para que sejam protagonistas na priorização dos efeitos e no seu manejo.

Embora tenhamos visto no capítulo 4 que há um empenho em modificar o quadro no qual as pílulas são a primeira opção de contracepção para outro no qual os LARCs seriam privilegiados, aqui ainda se supõe a priorização das pílulas, principalmente quando se trata de jovens. Minha hipótese é que isso acontece principalmente quando fazem referência ao sistema privado de saúde, na qual o “problema” da gravidez não planejada é abordado de maneira diferente. No mesmo sentido que Sanabria (2010) explorou em seus trabalhos, entendo que nessas situações, embora a adesão seja uma questão prioritária ainda, os efeitos das pílulas são manejados de forma a levar em conta uma maior complexidade, com mais diferenciações entre as suas formulações.

Em alguns casos, tal diferença na prescrição no sistema público e privado é atribuída à diferença de acesso. Enquanto haveria diferentes formulações disponíveis no mercado, o SUS disponibilizaria uma quantidade inferior de métodos contraceptivos de forma gratuita. Em entrevista com Guilherme, na qual perguntei se havia diferença entre as prescrições no sistema público e privado em termos do manejo dos efeitos colaterais (fossem considerados negativos ou positivos), ele disse:

Ah, até porque o posto de saúde não permite muita opção. Quando chegam minhas pacientes que foram no posto, é sempre dois ou três tipos de anticoncepcional, um tipo de injetável e acabou. Por que que tem essa diferença? Porque no SUS, tem dificuldade de acesso. Então se a pessoa não vai poder pagar, vai ter que pegar o que tem no posto, o médico vai ter que escolher entre três opções. No privado, eu posso propor o Mirena®, que ela vai gastar três mil reais. Imagina eu chegar para uma paciente no SUS que mal tem dinheiro pra pegar o ônibus, ela vai dizer: "Doutor, não. Me dá o Nociclin aqui. Me dá a pílula que o senhor tem." Então por que que é mais individualizado, talvez, e se pense mais no benefício? Porque o problema dessas mulheres no consultório [privado] não é só anticoncepção. Elas querem ter a pele bonita, elas não querem ter hirsutismo. A do SUS, ela só não quer ter mais um filho. Ela não está preocupada se ela está com a pele feia. Claro que está, porque mulher. Faz parte... Mas a vaidade fica em último plano. Enquanto que nessas privadas, fica. Então assim. Eu acho, óbvio, que tem essa diferença. Realmente. Por uma questão de acesso. (...) Mas é claro que a consulta vai ser focada na anticoncepção (Guilherme, Entrevista 09/08/2018).

Em sua análise, Guilherme diferencia as usuárias do sistema público e do sistema privado de forma a performar uma fronteira bastante enfática quanto às suas condições financeiras e demandas. Enquanto a usuária do sistema público estaria mais preocupada com a prevenção da gravidez do que com os benefícios extracontraceptivos, para a usuária do sistema privado, a anticoncepção é uma preocupação ao lado de outras, como sua pele e quantidade de pelos. Ao

reificar tais diferenças de forma a agrupar as demandas e condições das usuárias dessa forma, parece não haver espaço para individualização de fato, já que as informações são selecionadas já tomando como pressuposto tais diferenças. Assim, tende-se a performar dois modelos de “*configured user*” (Oudshoorn, 1996): as usuárias a quem é dado o direito de pelo menos algum manejo dos efeitos não contraceptivos e aquelas cuja contenção da fertilidade é o único objetivo. Por fim, a associação entre mulheridade e vaidade presente na fala do médico também chama a atenção, ainda que a coloque como uma prioridade maior dentre aquelas que classifica como com maiores condições financeiras e usuárias do sistema privado. Quanto aos conflitos em torno da priorização de diferentes efeitos - nos casos aqui descritos, principalmente entre, por um lado, náuseas, dores de cabeça e nas mamas e, por outro, sangramentos programados, relacionadas à dosagem do componente estrogênico - algumas considerações mais gerais devem ser feitas. Primeiro que, em comparação com a década de 1960 e 1970, efeitos como náusea e dores são hoje reconhecidos como associados às pílulas combinadas, embora continuem sendo naturalizados por conta da vinculação de tais sintomas à gravidez e à mulheridade. O inchaço e retenção de líquido, diferenciados no meio médico do ganho de peso, no entanto, ainda é alvo de maiores controvérsias, ainda que seja uma reclamação frequente de usuárias.

É interessante notar ainda que esses efeitos (náusea e dores) nunca são discutidos em suas consequências no “bem estar e qualidade de vida”, diferente do que acontece com os “benefícios extracontraceptivos”, como o próprio sangramento programado, geralmente promovido dessa forma. Ademais, o isolamento da adesão e continuidade do uso dos contraceptivos como critério de avaliação da satisfação da usuária em relação ao método desconsidera outras possibilidades. É possível supor, por exemplo, que as irregularidades nos sangramentos sejam mais facilmente associadas ao uso de contraceptivos orais combinados do que as náuseas e dores. Enquanto o vínculo entre sangramentos e ciclos menstruais/hormonais nos quais as pílulas interferem é mais conhecido e difundido, náuseas e dores nem sempre se ligam facilmente, na vida cotidiana, a questões relacionadas a tais ciclos. Dessa forma, se a falta de previsibilidade nos sangramentos ocasiona mais interrupção do uso da pílula que esses outros sintomas, não significa que seja necessariamente porque os primeiros atrapalham mais a vida das usuárias que os segundos, mas possivelmente por serem mais facilmente correlacionados aos dispositivos.

Outra questão próxima a essa é aquela exposta na fala de Larissa, que aponta para o desconhecimento sobre o funcionamento do método contraceptivo utilizado, o que faria

adolescentes associarem tais sangramentos à possibilidade de estarem com câncer, por exemplo. O mesmo tipo de preocupação não apareceria com as náuseas e dores. Nos dois casos, no entanto, não se atribui aos médicos a responsabilidade por explicar o funcionamento do método às usuárias, apenas o manejo dos seus sintomas associados. Nesse sentido, nem sempre se orienta a comunicação, às pacientes, quanto aos efeitos possíveis, que tendem a aparecer de forma inesperada. Enquanto em alguns momentos aparece a necessidade de aviso antecipado sobre os sangramentos - principalmente quando se trata da discussão sobre métodos hormonais apenas de progestagênio, com os quais o sangramento não programado é mais comum -, nada se comenta, nos congressos, sobre a importância de avisar sobre a possibilidade dos outros efeitos colaterais, o que dificulta ainda mais que as usuárias os relacionem aos medicamentos.

### *5.2.2 Da menstruação aos sangramentos de privação hormonal*

Já em relação aos sangramentos, existe vasta bibliografia sobre as promoções recentes dos contraceptivos em torno da possibilidade de escolher quando sangrar ou mesmo da supressão menstrual, como vimos na introdução desta tese (Sanabria, 2010, 2014, 2016; Manica, 2003, 2009, 2011; Nucci, 2012). Entretanto, gostaria de chamar atenção aqui para como mudanças mais gerais nos enquadramentos e práticas associados às pílulas e aos sangramentos acabam tendo efeitos importantes mesmo no seu uso mais tradicional como formulado nos anos 1950: com intervalo para “menstruação”, como se costumava considerar ou, mais recentemente, para o chamado “sangramento programado”.

Nessa direção, resumo agora parte do trabalho de Katie Ann Hasson, intitulado “*Not a ‘Real’ Period?: Social and Material Constructions of Menstruation*”, publicado como capítulo do livro “*The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*” (Bobel et al, 2020). Nesse trabalho, a autora descreve algumas das transformações nos enquadramentos dos sangramentos que aconteceram após a introdução das pílulas promovidas em torno da supressão menstrual. Hasson pontua que, apesar de várias diferenças, até o início dos anos 2000, tanto o entendimento médico e popular quanto o feminista era o de que sangramentos regulares e mensais definiam o que era menstruação saudável. A introdução da contracepção com supressão menstrual passou então a desafiar esse enquadramento que, conforme já vimos nos primeiros capítulos, o próprio lançamento da pílula no mercado na década de 1950 ajudou a moldar e reforçar (Hasson, 2020, p. 768-769).

Tratarei aqui, principalmente, da primeira parte do seu artigo, no qual a autora descreve a criação e institucionalização de novas definições clínicas do sangramento menstrual a partir de duas fontes: as transcrições dos encontros do Comitê Consultivo de Medicamentos para



Saúde Reprodutiva do FDA realizados em 23 e 24 de janeiro de 2007 e dois artigos publicados na revista *Contraception* que discutiam tal terminologia e os padrões de medição dos sangramentos nos ensaios clínicos com contraceptivos orais combinados. Seu foco de análise foram as definições de menstruação e sangramentos presentes nas discussões sobre “controle de ciclo”, ou seja, “a capacidade da contracepção hormonal de produzir sangramento em horários programados e não em outros momentos”, e as formas de medição e análise dos sangramentos nos ensaios clínicos (Hasson, 2020, p. 770).

Quanto ao Comitê do FDA, que se reuniu para discutir sete tópicos sobre ensaios clínicos, a aprovação e o acompanhamento pós aprovação de novos contraceptivos hormonais, o debate em torno do “controle de ciclo” se deu a partir dos efeitos associados às “novas” pílulas: tanto aquelas de “ciclo estendido”, que prometiam menor quantidade de sangramentos (quatro vezes ao ano, como o exemplo citado na introdução desta tese), quanto aquelas com baixas doses de estrogênio (15 e 20 microgramas de etinilestradiol) estavam sendo alvo de reclamações por conta de “escapes” frequentes e imprevisíveis (Hasson, 2020, p. 771-772).

A solicitação do FDA era de que o Comitê recomendasse ou não a adoção de uma proposta sobre a definição e medição dos sangramentos nos estudos clínicos. Essa proposta havia sido debatida na Conferência de Consenso sobre Metodologias de Ensaio com Hormônios Contraceptivos de 2005 e publicada em dois artigos da *Contraception* (Mishell et al, 2007a, 2007b), analisados pela autora. Esse tipo de conferência é convocada para criar acordos sobre novos diagnósticos, avaliações de dispositivos ou criação de diretrizes sobre decisões clínicas; nesse caso em particular, foi uma conferência patrocinada pela *Duramed Pharmaceuticals* que, à época, estava realizando testes clínicos com uma pílula de regime estendido (Seasonique, citada já na introdução da tese). Nas publicações analisadas pela autora, seis dos sete autores declararam relações com a Duramed e a Wyeth, duas empresas que produzem pílulas associadas à supressão menstrual. Tais ligações sugerem que, ainda que as diretrizes não tratem explicitamente dessas pílulas, os autores provavelmente sabiam das consequências de suas propostas para os ensaios clínicos e para a avaliação dessas pílulas realizadas pela FDA (Hasson, 2020, p. 772).

O primeiro artigo analisado examinava os métodos de avaliação dos padrões de sangramentos utilizados em ensaios clínicos de pílulas combinadas aprovadas entre 1975 e 2003. Argumentando que doses mais baixas (de estrogênio) nos anticoncepcionais mais recentes acabavam resultando em maiores taxas de sangramentos e escapes, os autores defenderam que melhores dados sobre as associações entre pílulas e tais padrões eram

necessários para informar as decisões de aconselhamento e prescrição realizadas pelos médicos. Segundo a autora, as informações disponíveis para médicos e consumidores acabam sendo reduzidas, em alguma medida, àquelas solicitadas e revisadas pela FDA no processo de aprovação dos medicamentos. Assim, alterar as informações solicitadas pela agência acabaria alterando também os dados produzidos nos ensaios clínicos e as informações disponíveis aos médicos e consumidores. Interessante notar que, até aquele momento, a FDA não considerava os padrões de sangramento como algo relevante a ser avaliado em termos de segurança ou eficácia e, dessa forma, não exigia informações sobre “controle de ciclo” ao analisar os contraceptivos, embora eventualmente alguns fornecessem. O artigo analisado ainda chamava a atenção para a falta de padronização das medidas para avaliação dos sangramentos, bem como para as falhas nos critérios mais utilizados, chamados de “critérios de Belsey” (Hasson, 2020, p. 772-773).

Formulado pela OMS na década de 1980, os critérios de Belsey estabeleciam duas categorias: “sangramento” e “escape”. A diferenciação entre ambos se daria a partir da necessidade ou não de “proteção” com uso de absorventes, o que privilegiava a quantidade do sangramento. Os critérios foram criticados por não levarem em conta o momento do sangramento - se era “programado”, no intervalo do uso da pílula, ou não - e por não diferenciarem o sangramento menstrual, que seria decorrente de uma ovulação sem fecundação, e o sangramento de privação hormonal, consequência do intervalo no uso de hormônios contraceptivos. Assim, os autores do artigo defendiam que tais critérios não eram adequados para descrição dos sangramentos em estudos com contraceptivos orais combinados (Hasson, 2020, p. 773).

Já no segundo artigo analisado por Hasson, os autores propunham novas diretrizes para definição e medição dos padrões de sangramento, dentre as quais: o monitoramento do momento do sangramento (se durante o intervalo do uso dos hormônios ou durante o período de ingestão deles) e a diferenciação entre menstruação e sangramento, a partir de uma nova terminologia. Quanto a essa terminologia, os autores sugeriam que ela enfatizasse para as usuárias as diferenças entre o sangramento produzido hormonalmente e a menstruação. Isso porque, conforme foi a intenção dos primeiros formuladores da pílula, muitas usuárias vivenciam a menstruação e o “sangramento por privação hormonal” como a mesma experiência, independente de a primeira ser decorrente de uma ovulação sem fecundação e a segunda da interrupção de ingestão de hormônios combinados. Os autores do artigo, no entanto, propuseram uma terminologia que sublinhava a diferença, apontando que o sangramento

durante o uso de pílulas combinadas era um efeito colateral dos hormônios e não menstruação. Hasson chama a atenção que, embora a publicação se referisse a recomendações sobre práticas dos pesquisadores clínicos, houve bastante ênfase na necessidade de modificar os enquadramentos das mulheres sobre seus padrões de sangramento (Hasson, 2020, p. 773-774).

Voltando à reunião do Comitê Consultivo e à discussão do tópico sobre “controle de ciclo”, no qual se decidiu se recomendariam ou não a adoção dessas novas diretrizes na avaliação dos contraceptivos pela FDA, o debate se concentrou sobretudo na terminologia proposta. Os membros concordaram que tal terminologia incentivaria as mulheres a diferenciarem “sangramento de privação” de menstruação, o Comitê votou pela recomendação das diretrizes ao FDA e, assim, acabou institucionalizando novas categorias de sangramento. Como são essas mesmas diretrizes que determinam os dados que os ensaios clínicos coletarão, elas podem determinar também as informações que a FDA fornecerá a médicos e consumidoras. Além disso, Hasson destaca que tanto os pesquisadores quanto os reguladores estavam explicitamente preocupados com a forma que as mulheres enquadram seus sangramentos e advogavam que a terminologia deveria ser empregada em qualquer dos regimes de uso das pílulas anticoncepcionais. A autora chama a atenção para como a consolidação dessas novas categorias facilita a normalização da supressão menstrual e dos regimes estendidos ao alterar o objeto sobre o qual os contraceptivos hormonais orais atuam: não se trataria mais da “menstruação”, mas de “sangramentos programados” ou “sangramentos de privação”. Foram essas novas pílulas com suas promoções específicas que possibilitaram a rediscussão dessas distinções, levando à busca por convencimento dos pesquisadores (e agências reguladoras e usuárias) sobre sua importância (Hasson, 2020, p. 774-775).

Após esse resumo, chamo atenção para as potenciais consequências também na apresentação das pílulas de baixa dose e até mesmo sobre as pílulas combinadas em geral que, como vimos, são associadas também em alguma medida a sangramentos “não programados”. Na configuração pesquisada, contudo, há certa ambiguidade em relação a essas novas terminologias e práticas. Por um lado, a palavra “menstruação” para se referir a tais sangramentos quase desaparece e o termo “sangramento programado” se torna comum, indicando que tal distinção vem sendo incorporada. Por outro lado, no entanto, os sangramentos “não programados” são ainda descritos como “irregulares”, com referência ao enquadramento associado à menstruação supostamente saudável, que seria “regular”. Além disso, diferente da descrição de Hasson (2020), aqui não há qualquer orientação de que essas diferenças devam ser explicadas às usuárias das pílulas. A recomendação que parece ser mais hegemônica quanto à

forma de se lidar com esse efeito colateral - seja o sangramento programado ou o não programado - é aumentar a dose estrogênica ou dizer à usuária que se trata de efeito temporário, mas em geral não envolve a diferenciação entre os sangramentos de menstruação e de privação.

Na prática, essa diferenciação, quando se trata da defesa da supressão hormonal, é bastante antiga. A dissertação de mestrado de Manica (2003) já mostrava que a supressão menstrual foi transformada em benefício extracontraceptivo e o que se entendia como menstruação foi transformado em efeito colateral, a fim de promover pílulas de uso contínuo. Contudo, outros possíveis efeitos dessa diferenciação não são considerados ou levados até as últimas consequências. Se o objetivo das novas definições é fazer das pílulas de regime estendido mais aceitáveis ao tornarem os sangramentos medicamente desnecessários, elas também podem levantar desconfianças ao evidenciar que o sangramento associado ao uso da pílula nunca foi menstruação, o que tira dela sua possibilidade de ser associada a uma forma mais “natural” de contracepção. Ou seja, em alguma medida, pode-se retornar aos mesmos problemas enfrentados nos anos 1950.

De alguma forma, é isso que acontece nas configurações em torno da percepção da fertilidade, nas quais a diferenciação entre menstruação e sangramento de privação também é bastante enfatizada a fim de sublinhar a falta de “naturalidade” dos sangramentos que ocorrem durante o uso das pílulas (Klöppel, 2017). Além disso, outros “benefícios extracontraceptivos” associados à utilização tradicional de pílulas combinadas poderiam deixar de fazer sentido. O mais evidente seria seu uso como forma de “regular” o ciclo menstrual, já que, não sendo menstruação, deixaria de ser o caso. Além disso, até mesmo o argumento de Elsimar Coutinho a favor da “supressão menstrual”, exposto em seu livro “Menstruação, a sangria inútil” analisado por Manica (2009; 2011), poderia ser questionado, já que, com a diferenciação entre sangramento e menstruação, qualquer uso da pílula seria suficiente para proteger as usuárias da “inutilidade” e dos “males” da menstruação, como a “Síndrome Pré Menstrual”. Por fim, desconsidera-se ainda que o uso contínuo das pílulas pressupõe o consumo de doses maiores de hormônios ao longo da vida, o que poderia ocasionar efeitos diferentes do uso tradicional, independente da sua relação com os sangramentos.

Na segunda parte de seu artigo, Hasson ainda sublinha que, antes mesmo da publicação do artigo e da reunião do Comitê, as empresas farmacêuticas já estavam promovendo suas pílulas que suprimiam os sangramentos por meio da ênfase na diferenciação proposta pelas diretrizes citadas. Propagandas diretas às consumidoras, mais facilmente realizadas nos Estados Unidos, enfatizavam a diferenças entre as *pill periods* (menstruações da pílula) das *real periods*

(menstruações reais), a fim de convencer as usuárias dos regimes convencionais de pílula de que poderiam mudar para pílulas de uso contínuo sem modificações significativas, já que de toda forma, não menstruavam “de verdade”. Assim, o argumento da autora é de que se trata de um movimento iniciado pelas empresas farmacêuticas que apenas posteriormente chegou aos pesquisadores e agências reguladoras (Hasson, 2020, p. 775-778).

No Brasil, mesmo em campanhas como a “Viva sem TPM”, associada à Libbs e lançada em 2011, nas quais o mesmo tipo de pílula é indiretamente promovido, essa diferenciação não é enfatizada. Advoga-se, sobretudo, que a menstruação repetitiva pode não ser benéfica para algumas mulheres, o que causaria sintomas associados à TPM. Assim, o principal argumento é o mesmo utilizado por Elsimar Coutinho, que não enfoca na diferença entre os sangramentos:

Vamos lembrar que antigamente, época das nossas avós e bisavós as mulheres menstruavam bem menos, pois engravidavam mais cedo, tinham um maior número de filhos e amamentavam por mais tempo. Portanto, elas menstruavam bem menos e enfrentavam menos transtornos relacionados a menstruação (Viva sem TPM, 12/09/2021).

Além disso, uma vida sem TPM é apresentada como um direito das mulheres, apresentando novamente a associação entre pílulas e “direitos” discutida no primeiro capítulo desta tese. Da mesma forma, continuam as associações entre “sangramentos programados” (ou ausência deles) e liberdade, escolha, controle de si, planejamento e modernidade. Não irei me aprofundar na análise das formas pelas quais a indústria tem promovido suas pílulas de uso contínuo diretamente às consumidoras aqui porque são vários os trabalhos que o fazem e não houve diferenças significativas em relação àquelas já descritas por Manica (2003, 2009, 2011), Sanabria (2010, 2014, 2016), Nucci (2012), Mamo e Fosket (2009), Jones (2011) e Kissling (2013). Todos esses trabalhos indicam que, junto à promoção dessas tecnologias, são coproduzidas mulheridades nas quais liberdade e modernidade são associadas a uma vida na qual se conjuga trabalho, exercícios físicos, consumo relacionado à estética e relacionamentos afetivos heterocissexuais. Privilegia-se, assim, a mulher jovem e sem filhos que se planeja e “investe” em seu corpo, trabalho e relacionamento antes de chegar ao ponto no qual se considera ideal que tenha filhos.

Enfatizei aqui, sobretudo, a promoção das pílulas de baixa dose para adolescentes realizada pela indústria, bem como a resistência dos médicos em adotá-las. Trata-se, por um lado, de algum reconhecimento de que esses hormônios podem fazer algum mal se consumidos em maior quantidade e também de uma resposta à crítica aos hormônios contraceptivos, na medida em que buscam ligar suas marcas a versões “mais fracas” das pílulas, que seriam

próprias para as jovens. Por outro lado, a resistência dos médicos indica que os efeitos colaterais (como dores e inchaço) associados à dose estrogênica das pílulas importam, na prática, menos que os sangramentos “não programados”. Isso porque a adesão à pílula é considerada mais relevante e, como os enquadramentos das usuárias do medicamento não necessariamente atribuem às pílulas a responsabilidade por outros efeitos colaterais que não os sangramentos, eles deixam de ser levados em conta. Contribui também para esse quadro o fato de que não se considera responsabilidade médica a explicação, em termos científicos, sobre o funcionamento das pílulas combinadas às usuárias. Quando há esforços nesse sentido, eles parecem vir sobretudo da própria indústria farmacêutica, como vimos no trabalho de Hasson (2020). Dessa forma, a participação das usuárias na priorização de certos efeitos a partir das pílulas disponibilizadas é bastante limitada, já que se atribui aos médicos, e não a elas, os cálculos de riscos e benefícios de cada dispositivo.

### **5.3 Os diferentes progestagênios e a promoção dos “benefícios extracontraceptivos”**

Esta segunda parte do capítulo tem como objetivo complementar as descrições apresentadas no capítulo 2. Se lá, o foco foi a diferença entre as “gerações” de pílulas com foco no risco aumentado de TEV, aqui me dedico aos “benefícios extracontraceptivos”. Como já desenvolvido naquele capítulo, as pílulas de terceira e quarta geração - associadas a “novos progestagênios” disponíveis desde os anos 1980 - foram associadas de maneira mais forte ao tratamento da acne e do hirsutismo, com propagandas que as associavam à beleza (Watkins, 2012; Marks, 2001; Nucci, 2012). Aqui, não enfatizarei tanto as questões relativas ao “controle de ciclo” e os diferentes regimes de tomada das pílulas, também promovidos como benefícios das pílulas mais recentes, para focar principalmente nos efeitos associados ao aumento da “autoestima” das mulheres, principalmente jovens.

Tais efeitos são, da mesma forma que o “controle de ciclo”, vinculados principalmente ao componente estrogênico das pílulas anticoncepcionais. Contudo, como as comparações realizadas na configuração em torno da Febrasgo geralmente são feitas entre diferentes gerações de pílulas e não entre o uso e o não uso delas, o componente progestagênico acaba adquirindo importância, já que é ele que diferencia as pílulas. Conforme já explicado no capítulo 2, alguns progestagênios teriam a capacidade de potencializar o efeito estrogênico das pílulas mais que outras. Seria isso - a potencialização de tal efeito - que poderia vir a aumentar o risco de TEV e a proporcionar mais “benefícios extracontraceptivos” na diminuição de acne, dos pelos e na diminuição da oleosidade dos cabelos. Os dois efeitos estariam relacionados ao aumento da

potência estrogênica que, por sua vez, diminuiria a circulação de androgênios livres<sup>233</sup>. Por outro lado, é necessário levar em conta que todas as pílulas combinadas, por conterem componente estrogênico, têm tais efeitos (em maior ou menor grau) independente do progestagênio associado.

### 5.3.1 A coprodução dos “benefícios extracontraceptivos” e das mulheres usuárias

Tendo isso em vista, retorno à teleaula de Rogério Bonassi Machado, na qual o ginecologista falou sobre os possíveis benefícios extracontraceptivos das pílulas combinadas:

Quando se fala em pílula combinada, em geral se tem associado aos riscos. As mulheres identificam algumas exigências. É um pouco estranha essa relação da mulher com os anticoncepcionais. E nossa também. **Então, só queria colocar aqui que benefício não contraceptivo seria algo que a mulher utiliza uma pílula para anticoncepção, porque ela não quer engravidar, só que ela tem um benefício a mais, então é aquele benefício por tabela. “Eu estou tomando uma coisa, melhora outra e isso é bom para a minha vida.” E isso sempre foi colocado de lado. (...) E as pílulas têm bons benefícios. E em geral, ligados aos progestagênios. Seja por bloqueio ovulatório ou pela inatividade ovariana como, por exemplo, no caso da prevenção do câncer de ovário. Aliás, os benefícios extracontraceptivos das pílulas são vários. Alguns relacionados à menstruação, como distúrbio menstrual, cólica menstrual, anemia, redução de cistos funcionais de ovário, síndrome pré-menstrual, síndrome disfórica pré-menstrual. Acne, endometriose, tudo isso aqui a mulher tem um ganho. Nós não estamos querendo dizer que a pílula seja indicada para isso. Ela é indicada para anticoncepção. Mas pode ter um benefício em relação a esses distúrbios da menstruação. Existe, sem dúvida, as reduções, já há muito tempo estudadas, em relação ao câncer de ovário, câncer de endométrio, câncer colorretal. Tudo isso relacionado ao uso prolongado dos anticoncepcionais. E alguns outros muito interessantes, como por exemplo, o controle do sangramento de mulheres que têm mioma, artrite reumatoide, doença inflamatória pélvica, a esclerose múltipla, a própria enxaqueca menstrual relacionada melhora muito com os anticoncepcionais. E benefícios ósseos, aí relacionado ao componente estrogênico das pílulas. **E é interessante que as mulheres não reconhecem muito isso. Será que é uma falha nossa? É falha da informação que chega? É um misto. Que existe até hoje** (Machado, 2018, grifos meus).**

Assim, além de explicar o que entende como “benefício não contraceptivo”, o médico mencionou uma ampla gama de benefícios que estariam associados ao uso prolongado desse tipo de contraceptivo hormonal, afirmando que as mulheres não os reconhecem. Questionando-se se essa seria uma falha dos ginecologistas e do acesso à informação, pareceu sugerir que tais benefícios fossem informados com maior ênfase às usuárias.

Especificamente quanto às pílulas de terceira e quarta geração, compostos por progestagênios antiandrogênicos, o médico destacou, ao tratar da temática da “evolução” das pílulas, aquilo que já abordei no segundo capítulo:

**O que surge de novo? Um outro parâmetro. Ela começa a exigir.** Então, ela recebe um anticoncepcional, ela sabe que tá tudo bem com ele do ponto de vista

---

<sup>233</sup> Aqui, sugiro rever o Quadro 4 no capítulo 2.

anticoncepcional. **Só que ela quer exigir o quê? Normalmente, questões relacionadas à pele, quer que melhore sua pele, quer que não interfira no peso, quer que seja fácil de usar, e aí, muitas vezes, isso relacionado a benefícios não contraceptivos. (...) Então esse aqui é um exemplo típico de uma ação antiandrogênica benéfica e muitas vezes subutilizada para que nós tenhamos mais retenção dessa mulher, continuidade do uso e esse é um artifício muito interessante de utilizar. Só pra mostrar aqui um efeito também no tratamento de acne. (...)** E por fim, um outro benefício que muitas vezes, esse já é um pouco mais moderno é na extensão de número de comprimidos ativos. Na maioria das vezes, as pílulas têm um regime chamado 21-7. Ela toma 21 dias de pílula, para 7 dias. E hoje aparecem novos regimes, um 24-4, então aquele regime onde tem intervalo menor entre as cartelas. (...) Menos sintomatologia. Porque não vai ter tanto tempo de espaço entre os ciclos. (...) **Então é uma soma de elementos que vêm para melhorar a vida, e não para colocar temor ou tentar questionar os benefícios reais desses anticoncepcionais** (Machado, 2018, grifos meus)

Primeiro, o médico sublinhou que tais pílulas seriam resultado de uma exigência das usuárias e não uma busca da indústria farmacêutica por expandir seus mercados ou por destacar algumas marcas dentro uma variedade muito grande, como argumentou Watkins (2012). Os “benefícios” exigidos seriam principalmente os relacionados à pele, peso e facilidade no uso. E tais benefícios se tornariam possíveis, finalmente, com os progestagênios antiandrogênicos, que são os considerados de terceira e quarta geração, sobre a qual ele se dedica a especificar os efeitos. Aqui, tais pílulas “antiandrogênicas” são associadas a efeitos benéficos de forma peremptória, sem modalidades negativas que levem essas afirmações a suas condições de produção, como aconteceu em relação aos seus efeitos no risco de TEV. Pelo contrário, fortalece-as afastando de tais condições e tirando delas consequências como a “retenção dessa mulher” e a “continuidade do uso”. Além disso, ao enfatizar que todos esses elementos não vêm “para colocar temor ou tentar questionar os benefícios reais desses anticoncepcionais”, mas para “melhorar a vida”, parece haver novamente uma desconsideração dos riscos a elas associados.

O outro efeito enfatizado pelo ginecologista está relacionado aos regimes de tomada da pílula. Não apenas o uso contínuo no qual há a supressão dos sangramentos, mas também aquele no qual são tomadas 24 pílulas seguidas de um intervalo de quatro dias e, portanto, diferente do uso tradicional, que era uso por 21 dias e pausa de sete dias. São regimes que surgem junto com o uso contínuo e são promovidos, como eles, em torno do combate à dismenorreia (também chamadas de cólicas menstruais) e aos sintomas de TPM. São também pílulas compostas por progestagênios de terceira e quarta geração.

Ainda na teleaula, Machado chamou atenção para a falta de reconhecimento dos “benefícios extracontraceptivos” das pílulas citando uma pesquisa que coordenou e foi publicada na revista científica *Contraception* em 2012 (Machado et al, 2012). Mostrando o gráfico reproduzido na Figura 20, que também está no artigo, ele comentou:



Figura 20 - Gráfico reproduzido no slide “Percepção das mulheres sobre os benefícios não contraceptivos dos COCs” e publicado no artigo “Women's knowledge of health effects of oral contraceptives in five Brazilian cities” (Machado et al, 2012)

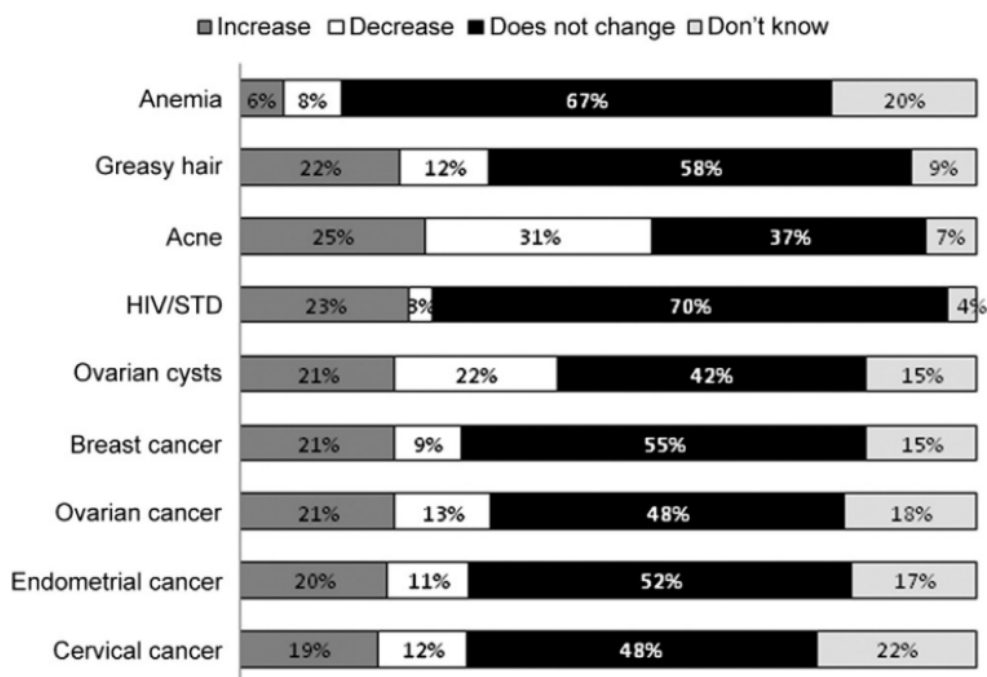


Fig. 1. The opinion of 500 Brazilian women, expressed as percentages, regarding oral contraceptives and health-related topics.

Fonte: Machado et al, 2012

Em 2012, nós publicamos uma série com 500 mulheres aqui no Brasil falando sobre benefício. Como ela percebia esse benefício não contraceptivo. E é interessante que nós observemos aqui. Vamos olhar para o branco, para as taxas que estão colocadas aqui na barra em branco, só pra ter uma ideia. (...) Por exemplo, o câncer ovariano. Só 13% das mulheres acreditam que o uso da pílula diminua o risco de câncer de ovário. A maioria delas, 48%, acha que não aumenta e não diminui. Não se altera. Então, veja, são erros de percepção. Câncer do endométrio, que também é clássico, uma redução que existe já há muito tempo na literatura, só 11% acredita que possa diminuir. E daí por diante. **Então, quando se fala oleosidade do cabelo, só 12% acreditam que possa melhorar, e esse é um efeito antiandrogênico importante, um benefício que a mulher pode ter. Acne já é um pouco maior, a citação da acne, a pílula muitas vezes se torna popular por conta disso. Mas mesmo assim, só 31% das mulheres acredita nisso. Ou então, o resultado de tudo isso é que nós precisaríamos enfatizar muito mais os benefícios não contraceptivos** (Machado, 2018).

Aqui, novamente, Machado sublinha o não reconhecimento das mulheres sobre os efeitos dos contraceptivos orais combinados e defende que os ginecologistas deveriam “enfatizar muito

mais os benefícios não contraceptivos”. Há ainda uma diferença entre os efeitos que ele faz questão de mencionar. Enquanto o risco de câncer é algo difícil de ser avaliado cotidianamente, a melhora da acne e da oleosidade do cabelo se supõe que seriam mais facilmente percebidas pelas usuárias. Em relação aos primeiros, o médico não traz dados a respeito do quanto seria essa diminuição do risco, para que fosse possível comparar com o aumento de risco de TEV, por exemplo. É interessante notar ainda que, apesar de o médico ter apresentado a melhora da pele como uma exigência das mulheres e ter atribuído a tal efeito a popularidade da pílula, indica que apenas 31% das mulheres entrevistadas reconhecem a relação.

Ademais, se seguimos o artigo citado e o lemos de maneira completa, vemos que alguns pontos importantes de sua pesquisa são invisibilizados na apresentação. Primeiro, a pesquisa foi realizada por telefone com 500 mulheres, sendo 100 de cada uma de cinco cidades brasileiras - São Paulo, Porto Alegre, Belo Horizonte, Recife e Rio de Janeiro - durante maio de 2009. Os critérios de elegibilidade para participação da pesquisa incluíam mulheres entre 15 e 45 anos, pertencentes a classes econômicas A e B e que tivessem utilizado contraceptivos orais combinados nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa ou os estivessem utilizando naquele momento. Ou seja, chamo atenção aqui, sobretudo, como se trata de um recorte bastante específico, especialmente em termos socioeconômicos, que não dizem respeito à maioria das usuárias brasileiras de pílulas combinadas (Machado et al, 2012, p. 699).

Outro ponto que não aparece é que, para tal pesquisa, foi feita a mesma pergunta - *“In your opinion, does the 'pill' increase, decrease or does not change the chances of women developing ...?”* (Machado et al, 2012, p. 699) - considerando também outros efeitos que Machado não apresentou, como: dor de cabeça, mudanças de humor, cólicas menstruais, síndrome pré-menstrual, inchaço das pernas e aumento de peso. Tais efeitos, considerados adversos e não benefícios, não foram destacados. Reproduzo o gráfico abaixo (Figura 20):

Figura 21 - A opinião de 500 mulheres brasileiras, expressa em porcentagens, quanto aos contraceptivos orais e tópicos relacionados ao ciclo menstrual

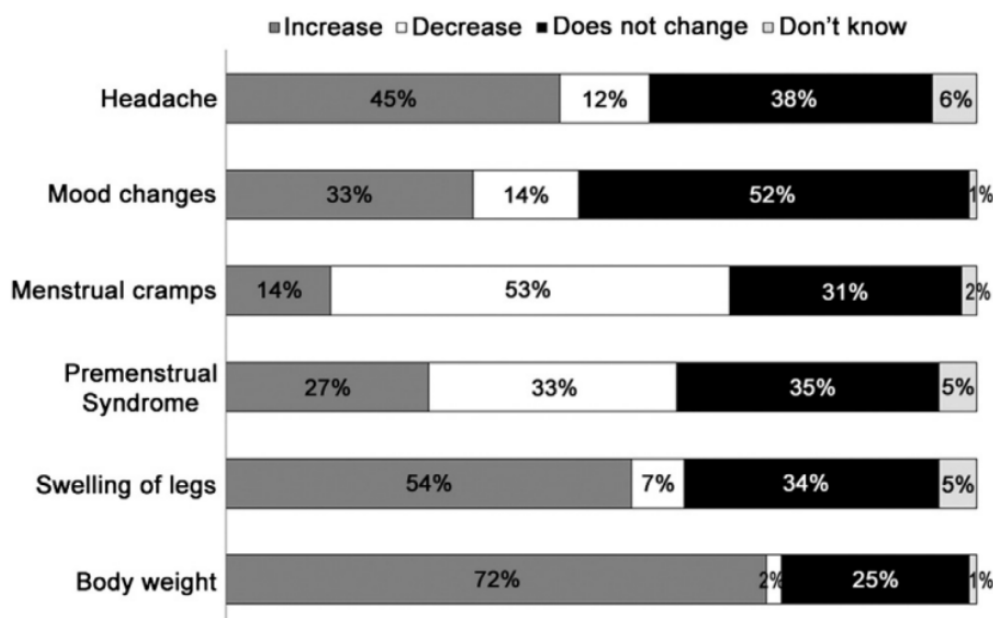


Fig. 2. The opinion of 500 Brazilian women, expressed as percentages, regarding oral contraceptives and menstrual-cycle-related topics.

Fonte: Machado et al, 2012

Sintomas como dores de cabeça, mudanças no humor, inchaço e ganho de peso são tidos como possíveis efeitos colaterais das pílulas que a pesquisa indica que parte significativa das entrevistadas relata. Chamo atenção para essa diferenciação aqui para sublinhar como a forma que se apresentam benefícios extracontraceptivos é distinta daquela que os efeitos colaterais são enquadrados na apresentação de Machado. Geralmente, os efeitos adversos que são mais levados a sério são aqueles mais graves, como a trombose, ou que ameaçam significativamente a adesão, como os sangramentos não programados.

O artigo ainda conclui que as usuárias de contraceptivos orais combinados brasileiras carecem de informação precisa sobre os aspectos relacionados à saúde, particularmente os sintomas relacionados ao ciclo mencionados no estudo e aos benefícios não contraceptivos das pílulas combinadas, de forma similar à teleaula. Além disso, sublinho que, nos agradecimentos do artigo, são reconhecidas as contribuições de um diretor e uma gerente da Janssen-Cilag

Brasil, que teriam atuado "como revisores externos do manuscrito e fornecido orientações e críticas criteriosas" (Machado et al, 2012, p. 702, tradução minha).

Por fim, a defesa, por Machado, da utilização da “ação antiandrogênica benéfica” a fim de ter “mais retenção dessa mulher”, bem como a apresentação de pesquisa que levaria à conclusão de que esses benefícios devem ser reforçados para as mulheres, sugere o reconhecimento da importância atribuída à atuação pedagógica de ginecologistas na materialização da associação, na vida das usuárias, das pílulas e seus efeitos “benéficos”. E evidentemente também a própria atuação pedagógica desses ginecologistas associados à Febrasgo, às universidades e à indústria farmacêutica perante os vários ginecologistas que assistem essas aulas. Por um lado, a ênfase na necessidade de comunicação dos “benefícios extracontraceptivos” às usuárias contrasta com a falta de importância dada à comunicação dos efeitos colaterais ou do modo de funcionamento das pílulas. Por outro, parece ser a necessidade de adesão das mulheres que justifica as diferentes formas de atuação em relação aos diferentes efeitos: tanto falar sobre os benefícios como não falar sobre os efeitos adversos (nem sempre considerados riscos, se não graves) objetivam aumento da adesão, cuja necessidade é quase sempre tida como autoevidente.

Da mesma forma, retomo a apresentação de Luciana em sua segunda parte, na qual destacou outra forma de escolher a prescrição da pílula combinada não mais com base em seus efeitos colaterais, mas em seus benefícios extracontraceptivos. Ela chamou atenção principalmente para a diferença entre as pílulas, relacionada principalmente ao progestagênio. Ela falou:

Agora tem um outro modo que nós fazemos a escolha da pílula, que é baseado nos benefícios não contraceptivos. Então a acne. Mulheres referem melhora com a pílula contraceptiva combinada com a maioria das pílulas. Isso se dá em parte ao aumento da globulina de ligação a hormônios sexuais (SHBG), que diminui a testosterona sérica. E as pílulas como acetato de ciproterona, drospirenona, gestodeno e desogestrel são frequentemente recomendadas. Agora já não temos tantos benefícios com as pílulas que têm o levonorgestrel (Luciana, Congresso Sogesp, 23/08/2018).

Embora a médica tenha feito essa diferenciação entre as pílulas com progestagênios de terceira e quarta geração (ciproterona, drospirenona, gestodeno e desogestrel) e aquelas com componentes de segunda geração (levonorgestrel), o slide que apresentou trouxe uma afirmação um pouco diferente: “Pílulas contendo acetato de ciproterona, drospirenona, gestodeno ou desogestrel são frequentemente recomendadas, mas a evidência de um benefício sobre as pílulas contendo levonorgestrel é limitada” (Luciana, Slide “Benefícios não contraceptivos”, Congresso Sogesp, 23/08/2018). Ou seja, aqui houve uma afirmação de que não haveria

evidências definitivas a respeito da superioridade das pílulas de terceira e quarta geração sobre aquelas de segunda no tocante à melhora da acne. Além disso, Luciana disse ainda que “mulheres com hirsutismo podem se beneficiar de pílulas contendo um dos progestagênicos antiandrogênicos”, que teriam demonstrado “melhoria nos escores de hirsutismo clínico”.

Ainda, quanto aos sintomas relacionados aos sangramentos, Luciana citou o “sangramento menstrual intenso”, a síndrome pré menstrual (SPM) - a versão médica da TPM - e o transtorno disfórico pré menstrual, que seria caracterizado por uma TPM grave, causando prejuízo da “produtividade, atividades sociais e relacionamentos”. Quanto ao primeiro, disse que “todas as pílulas anticoncepcionais combinadas podem reduzir a duração e intensidade do sangramento” e que diminuir o tempo de pausa “pode ser útil para o sangramento menstrual intenso”. Quanto à síndrome pré menstrual e o transtorno disfórico pré menstrual, disse que “há controvérsias se as pílulas em geral melhoram os sintomas psíquicos da SPM”, mas que aquelas contendo drospirenona teriam eficácia comprovada “no tratamento de sintomas pré-menstruais graves”. Contudo, na pesquisa citada, a comparação foi realizada com placebo e não com outras formulações de pílulas combinadas.

### 5.3.2 Os “benefícios estéticos” e a produção da “nova usuária” adolescente

Ainda no mesmo sentido, descrevo em seguida uma apresentação que me chamou particularmente a atenção. Foi realizada na mesa chamada “Mitos e Verdades na Contracepção” no âmbito do 28o Congresso Brasileiro de Reprodução Humana realizada em Belo Horizonte no dia 14 de novembro de 2018, que participei presencialmente. A apresentação, intitulada “Impacto sobre a Estética Feminina” foi feita pelo médico e chefe do setor de saúde e medicina sexual de uma faculdade privada da Grande São Paulo, Felipe. O médico, formado por uma universidade pública paulista em 1976, é professor na faculdade privada citada, além de trabalhar em consultório privado e com palestras. Diferente dos outros médicos citados nesta tese, Felipe não fez pós-graduação *stricto sensu*, mas é muito atuante em programas de televisão, tendo uma participação quinzenal no programa Mulheres da TV Gazeta, canal aberto de São Paulo. Embora não se trate de um congresso vinculado à Febrasgo e nem de um ginecologista especialmente atuante no âmbito da associação científica, ela foi comentada, como veremos, por Laura, integrante da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Febrasgo, e também teve a participação de José, ex-presidente da Febrasgo. Além disso, foi uma apresentação especialmente interessante pelo seu destaque aos benefícios extracontraceptivos “estéticos” das pílulas combinadas (principalmente aquelas com drospirenona) e pela sua associação bastante enfatizada à adolescência.

A apresentação de Felipe, que durou em torno de 20 minutos, foi marcada por muitas risadas dos ouvintes, o que a diferenciava da maioria das “aulas” nesses congressos. O médico evidenciou, desde o início, que tinha como objetivo mostrar para os ouvintes como a usuária de contracepção havia mudado, sendo hoje uma mulher diferente daquela que haviam aprendido no passado. Dedicou-se principalmente à adolescente. A forma como a mulheridade jovem é formulada e trabalhada em sua apresentação é de interesse aqui na medida em que esse enquadramento, ao circular entre ginecologistas, tem também consequências nas formas que os médicos agem nas consultas e suas pressuposições sobre as necessidades dessas jovens, embora não de forma determinista.

Ao longo de sua apresentação, ainda, ele evidencia que está se referindo à adolescente que vai ao consultório privado, e não a usuária do SUS, sendo portanto um enquadramento bastante diferente daquele que vimos no capítulo 4. Ainda que se possa atribuir isso ao recorte do tema da palestra (“estética feminina”), chama a atenção que ele não se refira em nenhum momento à gravidez não planejada diretamente. Cito abaixo alguns recortes de sua apresentação no tocante ao desenho que faz dessa “usuária atual” e a íntima vinculação que teria às “mídias sociais” e à preocupação estética:

Por exemplo, nessa menina de 16 anos... Essa moça tira quantos *selfies* por dia? A média de *selfies* por dia são 45 nessa faixa de idade [risadas dos ouvintes]. Lógico que ela não vai postar todas, né? (...) Apesar de todos os aplicativos terem formas para melhorar a foto, se o cabelo não estiver bom, não tem jeito. Então imagine que você prescreve um contraceptivo que altera o cabelo (Felipe, Congresso SBRH, 14/11/2018).

Então quando você fala em estética hoje, muitas mulheres estão mais interessadas às vezes na estética do que na anticoncepção. (...) Quem nasceu, por exemplo, de 2000 pra cá, que são as meninas mais envolvidas com estética hoje, faz parte de uma geração que tem mídias sociais. E essa menina hoje da geração Z que vai nos ver no consultório amanhã não vai tolerar qualquer coisa que esteja contra o que ela tem nos seus veículos de mídia social (Felipe, Congresso SBRH, 14/11/2018).

Eu quero dar uma visão de quem você vai enfrentar no consultório quando vem uma menina dessa. Ela é hiperativa, tem a famosa geração “*me*”. Por exemplo, o que tem na tela do celular dela? A melhor foto que ela tirou nos últimos três anos, lógico. Aí essas meninas dialogam, trabalham muito em equipe, elas usam *emoticons* e, principalmente, expõem *nudes*. Isso quer dizer que não é só cabelo, pele, mas varizes é importante. E, principalmente, genitália é importante (Felipe, Congresso SBRH, 14/11/2018).

E é evidente que nesse ponto essas meninas às vezes têm pais superprotetores, são mães que engravidaram muito tarde... E elas são submetidas a *bullying* constantemente (Felipe, Congresso SBRH, 14/11/2018).

Fique atento, porque essa menina é muito instantânea. Você não vai ter mais do que cinco minutos de atenção dela. Às vezes ela filma a consulta para colocar no seu *selfie* no celular e no Instagram. (...) Elas não têm nada de paciência, então não gaste tempo falando muita coisa que ela já sabe. Elas não aceitam frustrações, então cuidado. Se você causar um escape, se você causar uma alteração na pele, se você causar uma

variação no cabelo, você está danado. Ela não vai mais te ver (Felipe, Congresso SBRH, 14/11/2018).

E o que é importante é que elas acreditam que vão fazer mudanças na sua história e elas podem fazer isso com coisas básicas. Por exemplo: "Eu não uso hormônio". Elas não vão querer usar o seu hormônio, o que você vai prescrever. Principalmente porque na mídia está escrito o quê? Que engorda, que dá celulite, que não dá tanquinho. O professor de ginástica na academia vai dizer o quê? Dá celulite. E é você que vai ter que trabalhar com isso, porque a importância da consulta médica é única. Se você acertar, essa menina vai ficar com você pra sempre. Se errar, ela vai entrar num universo de dúvidas e angústias que se complica (Felipe, Congresso SBRH, 14/11/2018).

Aqui, a adolescente atual, que frequentaria o consultório de ginecologistas, é apresentada como priorizando a estética sobre a anticoncepção, o que é associado à sua relação com as mídias sociais, que perpassaria suas relações com os outros e consigo mesma. A imagem, nesse sentido, é central e, a partir daí, sua relação com a pele, cabelo e genitália, que deve, sobretudo, ficar “bem” nas fotos. Ademais, essa adolescente daria prioridade ao que também aprende nessas mídias, contra as quais os médicos não deveriam resistir ou se contrapor de forma enfática, mas contribuir e manejar. Elas são apresentadas ainda como autocentradas, mas também hábeis em trabalhar em equipe, e com pais - e, principalmente, mães - superprotetores, que assim o seriam por conta das maternidades “tardias”. Embora não descreva o que se considera a idade “ideal” para o exercício da maternidade, supõe-se que seja após a adolescência e antes dos 35 anos, que é geralmente tida como a idade que as mulheres devem se preocupar com a (falta de) fertilidade.

Por outro lado, seriam vítimas fáceis de *bullying*, também por conta da relação com as mídias sociais, que as tornariam vulneráveis a comentários a respeito de sua imagem. Aqui também os ginecologistas não são orientados a tranquilizarem essas adolescentes ou a apresentarem a elas outras formas de se relacionar com seus corpos, mas a reforçarem sua relação com a estética, auxiliando-as com dispositivos que corrijam aquelas que seriam suas “inadequações” alvo de comentários negativos. Por fim, ainda se supõe que, sendo “instantâneas”, não se trata do caso de explicar, cuidadosamente e com tempo, os efeitos dos medicamentos, mas apenas lhes dar o que supostamente querem: formas de aprimoramento da pele, do cabelo, da genitália, das varizes. Nesse sentido, aparece ainda uma forma de ameaça aos ginecologistas, já que se ele não o fizer dessa forma - “acertar”, nesse caso, seria não lhes causar frustrações estéticas e nos sangramentos - “ela nunca mais vai te ver”. Em se tratando de consultórios privados, fica implícita também uma competitividade própria de uma dinâmica de livre mercado, na qual os médicos devem buscar conquistar “clientes”.

Já a forma que o médico descreve a recusa de algumas a utilizarem hormônios contraceptivos também é digna de nota. Da mesma forma que se refere às preocupações dessas

jovens em geral, os motivos que as levariam a questionar o uso de hormônios também seria relacionado à estética: porque “engorda, dá celulite e não dá tanquinho”. Sua apresentação segue então questionando as associações entre pílula e varizes, pílula e celulite e pílula e engordamentos que, segundo ele, estariam sido divulgadas nas “mídias” nas quais as adolescentes acreditam. Para cada uma dessas associações, o médico mostra a quantidade de páginas que aparecem no mecanismo de buscas do *Google* com referências a elas:

Por exemplo, pílula dá varizes? [Mostrando slide com buscas do Google sobre relação entre pílulas e varizes] Vejam o número de citações ali: 126 mil. Como é que ela vai saber se tem valores iguais ou não? Aí ela vai te perguntar: “Posso usar contracepção?” Aí você vai basear e vai mostrar pra ela. Eu gosto de mostrar evidências científicas e principalmente baseada em evidências, algumas análises sistemáticas. O que dizem? Olha, dizem o seguinte: **dois estudos sugerem aumento do incremento de TVP [trombose venosa profunda] em usuárias de pílulas contraceptivas, mas não há conclusão definitiva.** E o que deve se fazer? Sempre investigar se o risco que você vai dar é menor do que aquilo que poderia causar. (...) Bom, celulite. São, olha, mais ou menos 140 mil publicações na internet que vão dizer o quê? Que dá ou que não dá? Que dá. Evidente. E você vai encontrar algumas blogueiras que têm 28 milhões de seguidores que dizem o quê? “Eu tive celulite tomando pílula”. (...) E infelizmente, **celulite é uma coisa complexa, e o que eu posso citar para as meninas? “Olha, provavelmente você fazendo exercício, fazendo dieta, controlando peso, você não vai ter risco. Mas se você for fumante...”** Aqui alguns trabalhos baseados em sistemática mostram que, sim, em usuárias de pílula com fumo, pode piorar. **Mas isso vai ter algum valor para uma menina cuja amiga já disse que teve celulite?** (...) E principalmente, engorda ou não engorda? O que que vocês acham? 159 mil citações... Se você olhar, tem colegas médicos falando nesses sites. (...) Pílulas combinadas orais aumentam o peso? Revisão sistemática. **Evidências disponíveis são insuficientes para determinar o efeito de contraceptivos hormonais combinados, mas não há efeito relativamente importante. E aí eu digo, como é que você pode discutir isso? Evidência científica vai valer pra ela?** Sugiram o seguinte: como é que está sua autoimagem? O que que é importante pra você? O seu corpo está adequado ao que você quer? Elas vão dizer o quê? Não. Hoje o risco de depressão em meninas abaixo dos 25 anos é quase 40% maior do que 10 anos atrás. O índice de suicídio aumentou 16% (Felipe, Congresso SBRH, 14/11/2018, grifos meus).

Nessa parte da apresentação citada acima, o ginecologista mostra bem rapidamente apenas as conclusões dos artigos, sem aprofundar a discussão sobre essas possíveis associações. É interessante, no entanto, que tais conclusões não as descartam totalmente. No caso das varizes, ele cita que dois estudos sugerem incremento de trombose venosa profunda, sem discutir qual associação da doença com as varizes, e afirma que não há conclusão definitiva. No caso das celulites, diz que se trata de “uma coisa complexa” e que “provavelmente”, se a paciente fizer exercício, dieta e “controle de peso”, não teria risco; mas caso fume, poderia “piorar”. Por fim, quanto aos engordamentos, diz que as “evidências disponíveis são insuficientes para determinar o efeito dos contraceptivos hormonais combinados, mas não há efeito relativamente importante”. Ou seja, em nenhum dos casos parece haver certeza da ausência de associação, ainda que também não haja de sua existência. Além disso, ele contrasta



esses dados com as certezas que os resultados dessas buscas no *Google* supostamente trariam e sugere que as pacientes não levariam em consideração as evidências que os médicos poderiam compartilhar com elas. Assim, o médico é apresentado como impotente frente aos enquadramentos que circulam na internet - seja os realizados por blogueiras ou pelos sítios encontrados via mecanismo de busca do Google - e entre amigas. Nesse sentido ainda, as “mídias sociais” são apresentadas como homogêneas, como se as informações disponíveis seguissem sempre a mesma direção (contrária ao enquadramento médico apresentado).

Levando-se em conta que o médico questiona a utilidade da apresentação de evidências às jovens ao mesmo tempo em que sugere que não deve “gastar tempo” falando coisas que a paciente supostamente já sabe, parece haver um incentivo a compartilhar o mínimo de informações possível. Dentro desse quadro, quais seriam, então, as informações a serem privilegiadas? Ao fim da citação mencionada, ele muda a direção do argumento, sugerindo que os médicos perguntem às pacientes sobre sua autoimagem e se estão satisfeitas com seus corpos. Presumindo que a resposta será negativa e sublinhando o risco de depressão e suicídio a que essas jovens estariam submetidas, ele parece enfatizar que a prescrição para essa jovem deve ser, sobretudo, baseada nos “benefícios estéticos”, já que seriam eles que poderiam contribuir para a diminuição desse risco. Nesse enquadramento, entram no balanço da “segurança” da pílula riscos como depressão e suicídio supostamente associados a “problemas estéticos” que elas poderiam corrigir.

Finalmente, na última parte da apresentação, o médico aborda os métodos contraceptivos indicados e não indicados, considerando esse público e suas necessidades. Ele enfatiza, sobretudo, as pílulas orais combinadas, já que elas seriam as únicas que trariam tais “benefícios” associados ao componente estrogênico:

Se você colocar um DIU de levonorgestrel e a pele estragar ou cabelo estragar, de alguém que vinha tomando acetato de ciproterona e você cancelou, opa, a culpa é sua! (...) E aí? Nós temos um contraceptivo ideal para essa visão estética moderna? Você percebe que a prescrição que você fizer ali, aos 17, aos 20 anos, vai mexer na vida dessas meninas pra valer? Não duvide que nós somos os únicos, como disse o José, que sabe lidar com isso aqui. Não tem cirurgia plástica, não tem dermatologista, não tem clínico, não tem ninguém que saiba lidar com progestagênios. E dentro dessas gerações, você vai me usar uma noretindrona em uma menina de 16, 17 anos? Só se for no SUS e você não tiver outro recurso. Na clínica particular, a menina vai ver que a pílula foi lançada em 1967, vai te chamar de quê? Não, e aí eu vou usar o levonorgestrel. Ok. Tudo bem. Tem vários benefícios, vários interesses. Mas o benefício adicional estético não é tão grande assim. A ciproterona é extremamente interessante, os dermatologistas sabem prescrever isso aí. Mas infelizmente se usar por longo tempo, pelo alto efeito antiandrogênico, pode inibir genitais, clitóris, sugiro trocar. E principalmente a geração terceira, gestodeno não tem nenhum objetivo estético. Serve para doenças benignas do endométrio, do útero, miomas, endometriose. E, principalmente, o desogestrel hoje está voltado exclusivamente para pós-parto, para endometriose e para mulheres que não toleram estrogênio. Mas

lembrem que não vai trazer benefício estético nenhum. A clormadinona é um produto interessante, equilibrado, mas para quem não tem queixas estéticas. Vamos trabalhar com moléculas mais modernas. Vou trabalhar com LARC? LARC, cuidado. É um excelente produto, lógico. Mas não tem benefício estético nenhum. Então, se... "Ah, não vai dar varizes, não vai engordar." Mas e a pele? E o cabelo? (Felipe, Congresso SBRH, 14/11/2018).

Vemos, assim, como o médico desconsidera tanto os métodos de longa duração (LARC), que seriam os DIUs (hormonal e de cobre) e os implantes, bem como as pílulas apenas de progestagênio, defendendo que seriam opções arriscadas na medida em que não possibilitam os “benefícios estéticos”. Levando em consideração a importância que, segundo seu enquadramento, as adolescentes dariam a tais efeitos - e que a falta deles poderia levar a um risco de perda da paciente e até mesmo de depressão e suicídio -, apenas as pílulas combinadas seriam uma opção viável.

Mas mesmo dentre as opções de pílulas combinadas, o médico enfatiza apenas aquelas com drospirenona:

E, principalmente, se você for trabalhar com drospirenona, a primeira coisa que você vai pensar: “Bom, eu vou diminuir peso, se possível, vou diminuir risco de retenção hídrica, vou fazer aqueles benefícios antiandrogênicos, vou melhorar acne, quem sabe.” Lembre que demora três meses pra melhorar a acne, leva seis meses pra melhorar cabelo. E aí eu já tenho uma grande vantagem. Desde 2001, a gente consegue o efeito antimineralocorticoide, que foi uma solução interessante para retenção hídrica. Mas será que as meninas vão entender que tem benefício adicional? Provavelmente sim. Vai melhorar a TPM, vou diminuir o volume menstrual, **eu estou colaborando com essa menina**. (...) E será que drospirenona é realmente o melhor produto por causa da adesão? Por causa de benefícios estéticos? E hoje nós estamos caminhando para meninas que pretendem controlar sua menstruação. Lembrem. Geração Z gosta de menstruar, porque vive a experiência biológica de ser mulher. Mas depois de três ou quatro meses com TPM, elas já querem mudar para uma coisa estendida. E você tem no mercado o grande auxílio que nós temos hoje. Não abra mão dos aplicativos honestos que trabalham com sexualidade. Principalmente do grupo Libbs, do grupo Bayer, que nos ajudam. Não seja inimigo dos aplicativos, não tem jeito. Nós vamos usar mais os aplicativos ligados às pílulas estendidas (Felipe, Congresso SBRH, 14/11/2018, grifos meus).

Aqui se percebe que, ainda que na configuração em torno da Febrasgo circule a associação de pílulas de terceira e quarta geração a esse tipo de benefício estético, para Felipe, apenas as de quarta geração com drospirenona seriam, de fato, associadas a eles. Por meio da prescrição desse tipo de pílula combinada, o médico estaria “colaborando com essa menina”, possibilitando a ela, além dos efeitos já citados de melhoria na pele e no cabelo, a diminuição do risco de retenção hídrica, a melhoria nos sintomas da TPM, diminuição do volume menstrual e o controle da menstruação (com a ajuda de aplicativos). As adolescentes são descritas ainda como jovens que gostam de menstruar, o que é atribuído ao seu gosto por “viver a experiência biológica de ser mulher”, mas que em pouco tempo mudam de ideia por conta dos sintomas da

TPM. Aqui, além de haver a associação entre mulheridade e menstruação, não se sublinha a diferença entre sangramento de privação hormonal e menstruação. Para cada um desses “benefícios” citados, o médico mostrou também slides nos quais figuravam adolescentes jovens, brancas e corponormativas. Por fim, o médico ainda destaca dois aplicativos para celular associados a pílulas combinadas de uso estendido das empresas Bayer e Libbs.

Também aqui, quando promove essa formulação de pílula como ideal, o médico também lembra que as adolescentes podem ser confrontadas, na internet, com informações que associam drospirenona à trombose. Ele diz:

Só que ela vai entrar na internet e vai ler: "Drospirenona é aquela que dá pra trombose?" Qual é a chance de ela achar isso? Altíssima. Tem um site de uma menina que tem 20 mil seguidoras, que teve uma trombose venosa no seio frontal. E ela fala abertamente que foi causado por uma pílula de drospirenona (Felipe, Congresso SBRH, 14/11/2018).

Ele não dá, contudo, nenhuma direção específica sobre a forma como os médicos deveriam lidar com isso, mas parece desconsiderar essa associação. Termina sua apresentação convidando seu ouvinte a ser “um companheiro fiel nessa viagem que ela [a adolescente] está fazendo entre o que ela leu no virtual e vai ouvir de você no real”. De novo, Felipe parece sugerir que essa mediação seja realizada de forma não confrontativa, mas cuidadosa, de forma a não afastar essa paciente/cliente. Ele então termina sua palestra com uma mensagem em um tom esperançoso sobre a possível contribuição dos ginecologistas para a vida dessa jovem, que estaria enfrentando dificuldades:

Não tem coisa mais assustadora e dolorosa que a realidade possa ser. Ok. Viver é muito difícil. Mas com certeza é o único lugar onde se pode encontrar felicidade de verdade. Talvez por alguns minutos, **porque a sua *selfie* ficou melhor com a pílula que você deu**. Obrigado (Felipe, Congresso SBRH, 14/11/2018, grifos meus).

Encerra, portanto, contrapondo a vida “virtual” e a “real”. Contudo, se por um lado, apresenta a “realidade” como “único lugar onde se pode encontrar felicidade de verdade”, finaliza em tom jocoso (causando risos na plateia) associando tal felicidade à “melhora” da *selfie* publicada nas redes sociais e atribuindo à pílula prescrita pelo médico a responsabilidade por ela.

Cito ainda parte da discussão que ocorreu ao final da mesa, quando Laura, Felipe e José retomaram algumas questões relativas às temáticas trabalhadas pelo palestrante. A primeira, que foi a debatedora da mesa, elogiou a apresentação de Felipe, afirmando que foi didático e apresentou uma aula interessante e prática. Em seguida, fez alguns comentários e uma pergunta para o apresentador:

Eu acho que é extremamente importante as sociedades se aproximarem das pessoas, da mídia, para falar a verdade, né? Porque, por exemplo, se você for olhar pelos

critérios de elegibilidade da OMS, a gente não tem contraindicação para nada do que foi colocado. (...) A gente tem que ter informações corretas e tentar melhorar, né, o que chega pra essas meninas... E penso que tenho que falar mais de benefícios, porque a gente fica falando muito de risco e o risco atinge uma porcentagem muito pequena delas. Claro que eu acho que nem todas têm que usar hormonal, mas se ela deseja, por exemplo, um método não hormonal, ela está abrindo mão de alguns benefícios. Então qual deve ser a atitude do ginecologista que está atendendo essa menina que vem com esse perfil que quer respostas curtas, rápidas, e que quer bons resultados? (Laura, Congresso SBRH, 14/11/2018).

Aqui, a médica justifica a desconsideração das associações levantadas pelas adolescentes descritas pelo médico - pílula e varizes, celulites e engordamentos - com base nos critérios da OMS, que são apresentados como não contraindicando a pílula combinada nesses casos. Contudo, considerando que há outras opções contraceptivas disponíveis e que a não contraindicação não significa necessariamente a ausência de associação, não há incentivo ou mesmo aprovação da participação das potenciais usuárias no método a ser escolhido. Nesse sentido, as diretrizes da OMS parecem proteger os médicos de serem responsabilizados por tal desconsideração. Assim, apenas o que não é expressamente “contraindicado” seria de fato não recomendável, independente das prioridades de cada paciente.

A tais comentários, Felipe respondeu:

Eu acho que a gente tem que ser transparente, né? Essa menina quando vem te ver ou essa mulher quando vem te ver quer o seu conhecimento. (...) Mas você tem que ser transparente e mostrar o seu conhecimento. Sem angústia. Porque se você mostrar: “Olha, tem esse risco, aquele risco, vamos fazer dosagem disso, dosagem daquilo...” Você tem autorização hoje para prescrever um contraceptivo seguro, de acordo com os critérios de elegibilidade, para uma adolescente, sem examinar. Então às vezes ela não quer ser examinada. Eu acho que vale a pena você mostrar que você tem conhecimento. E curto, né? Não tem como ficar dando aula de fisiologia mais, elas sabem tudo isso. E você tem que respirar fundo. Se ela ligar o celular, se ela mexer no cabelo, você tem que respirar fundo. Porque elas confrontam todas as informações que a gente dá. Principalmente o lado estético. O que a Laura está dizendo é verdadeiro, muitas meninas e mulheres estão atrás de um contraceptivo para esse benefício. E aí vale a pena você estar atento, porque hoje você vai atender muita gente com diversidade de gênero que nem tem vida sexual reprodutiva. E aí o objetivo de usar uma pílula pra quê? Se você sugerir: “não use, você não tem vida sexual reprodutiva”. “Não, eu quero”. “Eu quero, porque vai melhorar minha pele, meu cabelo, vai diminuir minha TPM”. Então cuidado pra não errar na diversidade de gênero (Felipe, Congresso SBRH, 14/11/2018).

Mais uma vez, o médico demonstrou que, em seu enquadramento, mostrar conhecimento significa não demonstrar dúvidas ou incertezas, não apresentar os riscos, não explicar funcionamento dos contraceptivos e não exigir exames. É como se abrir esse espaço para discussão com a usuária fosse aumentar sua possibilidade de confrontá-los, o que já seria uma característica atribuída a essas jovens. Ao mesmo tempo, novamente, suas expectativas e necessidades são apresentadas como girando em torno de questões estéticas e de controle de

sintomas associados à TPM. Por fim, o médico ainda faz referência à sexualidade dessas jovens. É uma das únicas vezes, dentre as apresentações que acompanhei que discutiam contracepção, na qual o uso das pílulas não é reduzido ao realizado por mulheres cis e heterossexuais. O médico associou a “diversidade de gênero” à ausência de “vida sexual reprodutiva”, o que reforça um vínculo entre heterocissexualidade e reprodução própria da “hegemonia heterossexual” e da “biologização da diferença” (Butler, 2003).

Por um lado, não há diferenciação e articulação de termos como “gênero” e “sexualidade”, que são reduzidos à “diversidade de gênero”. Por outro, o que o médico busca é ressaltar que, mesmo nos casos nos quais não há vínculo entre ato sexual e reprodução (o que dispensaria necessidades contraceptivas), a pílula poderia continuar sendo demandada por conta de seus outros efeitos considerados “benéficos”. Desconsiderar tais demandas seria, para o médico, “errar na diversidade de gênero”. Diferente da apresentação de Bonassi Machado, que afirmava que as pílulas combinadas não poderiam ser indicadas para tais “benefícios”, mas que se tratava de efeitos extra apenas para quem desejava anticoncepção, aqui essa limitação já não existe.

Felipe finaliza sua resposta acrescentando ainda uma consideração sobre os “benefícios adicionais” não da pílula, mas do próprio médico. Ele encerra da seguinte forma:

E não é só o anticoncepcional que tem que ter benefício, **você tem que ter benefício adicional à sua consulta**. Isso é importante hoje. No mercado que nós estamos, tem colega que tem um marketing melhor, mas tem pouca informação, e às vezes tem mais resultado do que a gente, que tem um bom conhecimento, mas não tem uma **responsabilidade de marketing que hoje é fundamental**. Fique atento. Você tem uma oportunidade única, aquela. Se você errar, hoje o mercado te absorve facilmente (Felipe, Congresso SBRH, 14/11/2018, grifos meus).

Ou seja, novamente ele apresenta a questão como uma necessidade do médico em meio a um mercado competitivo. Nesse sentido, não é apenas as marcas das pílulas que precisariam se diferenciar umas das outras a fim de vender mais, mas os próprios médicos. Assim, associar-se aos “benefícios extracontraceptivos” de algumas pílulas traria essa vantagem. Entretanto, ao mesmo tempo em que o uso de tais benefícios aparece como forma de se destacar, aparece também como uma necessidade, já que não haveria espaço para erros e, segundo sua apresentação, a não priorização dos benefícios estéticos, principalmente no caso das adolescentes, seria um erro.

Por fim, um médico associado à Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (Sogimig), chamado Márcio Alexandre Rodrigues, fez uma pergunta aos participantes da mesa. Citando uma publicação que afirmava que uma mutação genética específica - o fator

V de Leiden - junto ao uso do progestagênio drospirenona estaria associado ao aumento de 50 vezes do risco de trombose, o médico questionou se haveria progestagênios menos trombogênicos que poderiam ser priorizados na primeira prescrição de pílulas combinadas às adolescentes. A essa pergunta, José, participante da mesma mesa e ex-presidente da Febrasgo, respondeu:

Primeiro que não tem indicação de fazer as dosagens [do fator V de Leiden], o custo-benefício não tem vantagem. O risco pode ocorrer. Agora, se a gente pensar dessa forma, a gente vai dar pílula com levonorgestrel. Só que eu acho que a pílula com levonorgestrel, a mulher moderna... Eu concordo plenamente com Felipe. A mulher moderna quer algo a mais. Ou a melhora da qualidade de pele, ou que não tenha cólica menstrual, não tenha dismenorreia, não tenha tensão pré menstrual. Então esse é um problema. E lembrar que o risco é maior no primeiro ano. (...) Existem também posições antagônicas mostrando que a drospirenona aumenta, mas não aumenta tão a mais. É um estudo que vem desde 1995 né? (...) E se ela é uma adolescente, jovem, eu não vejo problema com qualquer progestagênio (José, Congresso SBRH, 14/11/2018).

Em sua resposta, portanto, o médico reforçou a recomendação de não realização de testes genéticos antes da prescrição, conforme vimos no capítulo 3, bem como confirmou a superioridade das pílulas com levonorgestrel em se tratando da segurança em relação à trombose. Entretanto, concordando com Felipe, também descreveu a “mulher moderna” como tendo outras prioridades: a melhora da pele, das cólicas menstruais e da tensão pré-menstrual. Além disso, acabou minimizando a gravidade do risco ao sublinhar que é maior no primeiro ano, que a drospirenona não apresentaria um risco “tão maior” e que, por serem adolescentes, estariam submetidas a um risco ainda menor.

Assim, se acima vimos a adolescência ser associada a maior vulnerabilidade em relação a efeitos colaterais, tanto na palestra de Luciana quanto na propaganda da pílula Adoless®, nas falas de José e de Leandro, o inverso ocorre. Ainda que não tratando dos mesmos efeitos colaterais, mas do risco de TEV, a adolescência é associada a maior segurança, o que tornaria mais aceitável que pílulas de maior risco fossem prescritas nessa faixa etária.

### *5.3.3 A mobilidade das fronteiras entre as pílulas de diferentes gerações*

Nessa última seção antes das conclusões deste capítulo, gostaria ainda de trazer citações das entrevistas realizadas que se referiram às diferenças entre pílulas de segunda e terceira/quarta geração no tocante aos “benefícios” estéticos, a fim de contrastar com as apresentações aqui mencionadas. Primeiro, trago as falas de Jéssica e Larissa. Para ambas, perguntei se havia diferenças relevantes entre as diferentes gerações de pílulas, ao que responderam:

Difere bastante, né? As pílulas de segunda geração *versus* pílulas de terceira: as de segunda são mais seguras do ponto de vista de trombose. Então a gente deveria dar prioridade para pílulas com levonorgestrel, que é a pílula que é distribuída no SUS. E é extremamente barata, né? A gente consegue comprar uma cartela por dois reais. E é uma pílula extremamente segura. **E a gente tem pílulas mais recentes, que não demonstraram superioridade nenhuma em relação à eficácia e efeitos positivos quando comparadas às pílulas de segunda geração...** Então, atualmente, se a gente for pensar em questão de segurança, a gente deveria priorizar as progestinas de segunda geração. As de terceira geração têm maior... O dobro de risco de trombose, mesmo que seja risco relativo. **E, teoricamente, um efeito menos androgênico sobre a pele. Então seria melhor para pele e para o cabelo. Mas ao longo do tempo, qualquer uma delas vai bloquear o ovário e a resposta será positiva. Porque bloqueando o ovário, não produz andrógenos e aí vai ter uma resposta positiva ao longo do tempo com qualquer uma das pílulas.** (Jéssica, 19 de setembro de 2018).

As pílulas até a década de 1990, pílulas com levonorgestrel, são mais androgênicas. **Se a pessoa tem tendência a uma acne, talvez ela não vá melhorar dessa acne tanto com esse tipo de pílula. A partir da década de 1990, começam surgir alguns desses tipos de progestágenos, parente da progesterona, que são menos androgênicos. E é por isso que eles passam a beneficiar, por exemplo, a pele, o aumento de pelos, a oleosidade dos cabelos. Eles são melhores.** E a quarta geração, que é a pílula com drospirenona, ela fez o quê? A pílula dá retenção de líquido pelo estrogênio. Então colocou um progestagênio que tem um efeito diurético. Não dá retenção de líquido. Então a retenção de líquido é sentida pela mulher como aumento de peso. Então ela foi lançada como a pílula do emagrecimento. Mas não é que ela emagrecia, é que ela não deixava reter o líquido que as outras tinham como efeito colateral. (...) **Na prática, uma acnezinha leve, vai melhorar [com pílulas com levonorgestrel]. Vai ter uma resposta individual que você consegue corrigir algum defeitozinho da produção hormonal, já vai melhorar. Na prática, alguns casos acabam resolvendo** (Larissa, 9 de fevereiro de 2021).

Em ambas as respostas, a diferença entre as pílulas de segunda e terceira/quarta geração em relação aos “benefícios estéticos” é diminuída. Diferente das apresentações de Marcelo e Felipe, Jéssica sublinha a diferença, sobretudo, no tocante à segurança quanto à trombose, privilegiando as pílulas de segunda geração. Afirmando não haver comprovação da superioridade dos efeitos positivos das pílulas mais novas em comparação com as de segunda geração, apresenta seu suposto “efeito menos androgênico sobre a pele” como teórico, pois qualquer pílula combinada, ao bloquear o ovário, levaria a uma “resposta positiva” em relação a esse aspecto.

Larissa, por sua vez, apresenta as pílulas mais recentes como “melhores” em seus efeitos sobre pele, pelos e cabelos, mas entende também que, “na prática”, mesmo as pílulas de segunda geração acabam “resolvendo” os mesmos aspectos. No tocante à drospirenona, a única diferença apresentada seria em relação à prevenção de retenção de líquidos. Há, assim, o reconhecimento do inchaço como possível efeito colateral das pílulas combinadas e, ao mesmo tempo, a associação das pílulas de drospirenona ao controle de tal efeito. Relembro, enfim, que as duas ginecologistas citadas coordenam ambulatórios de planejamento familiar associados a

universidades públicas, fazendo parte do sistema público de saúde, conforme já explicitado no capítulo 4. São, como já vimos, mais enfáticas na defesa dos LARCs e, dessa forma, destaco novamente a variedade presente na configuração em torno da Febrasgo.

#### *5.3.4 Práticas de prescrição, consumo de informações e a atuação da indústria farmacêutica*

Por fim, chamo atenção ainda para as respostas, em entrevistas, dos ginecologistas Paula e Guilherme, que não são diretamente associados a Febrasgo e nem especialistas em anticoncepção, mas que fazem referências interessantes sobre suas formas de diferenciação entre as pílulas em suas práticas de prescrição anticoncepcional. Destaco suas respostas principalmente por conta das conexões que apontam entre a prescrição das pílulas, o consumo de informações sobre os medicamentos e a atuação da indústria farmacêutica.

Perguntei para Paula como ela diferenciava as pílulas combinadas para fins de prescrição, ao que ela respondeu:

A gente acaba prescrevendo muito mais em cima de hábito, né? Então às vezes não muda tanto. As pílulas de segunda geração têm muito mais segurança. Terceira e quarta mostram mais risco trombótico, então acabam sendo menos seguras. Acho que tem duas coisas que influenciam. Uma é experiência do quanto a gente prescreve. **E como tem muitas pílulas no mercado, querendo ou não, tem a questão de propaganda de laboratório, a pílula que está na tua cabeça. Não é nem ter vínculo ou não com aquele laboratório, mas às vezes... Por exemplo, pílula com drospirenona, hoje tem dez representações. Qual que vai vir na minha cabeça na hora de prescrever? Porque a gente não tem o hábito, para contraceptivo, de prescrever nome genérico, a gente prescreve nome comercial. Então tem muito de prescrever o hábito, assim.** (...) Mas se a paciente não tem nada, não tem queixa nenhuma, eu geralmente uso levonorgestrel, por exemplo. Então geralmente uso a mais antiga, a mais confiável, a mais segura. E aí acaba usando outras para casos em que tenha queixas (Paula, 19 de setembro de 2018).

A médica privilegia, portanto, as pílulas de “segunda geração”, com levonorgestrel, deixando as pílulas mais recente para os casos nos quais há queixas das pacientes. Tais queixas, no entanto, podem ser tanto aquelas relacionadas aos sangramentos - TPM, cólicas, sangramento “intenso” - quanto em relação à acne, por exemplo. Além disso, a médica menciona a influência da indústria farmacêutica, ainda que não seja na forma de um vínculo financeiro ou profissional com os laboratórios, mas a partir das relações com os representantes, que realizam visitas tanto no SUS quanto nos consultórios privados. Sobre isso, ela ainda conta uma história:

Eu odeio quando os representantes me olham e dizem: “Ai, doutora, dá uma força”. Não. Eu vou prescrever o remédio se eu acredito no remédio. Ponto. (...) Eu não vou prescrever porque me pediu uma força, porque o representante é meu amigo ou ficou meu amigo, sabe? Então não. (...) O que a gente sabe é que eles sabem exatamente tudo que a gente prescreve, né? Os representantes têm acesso aos receituários nas farmácias, então eles têm controle exatamente de tudo. Aconteceu comigo uma situação de um representante que me visitava sempre, vendendo, propagandeando pílula contínua. E eu mais de uma vez disse: “Olha, não tenho nada contra, mas eu



não prescrevo de rotina”. Como eu te comentei, se a paciente tem alguma contraindicação a menstruar ou sintoma, ok. Mas não é minha rotina. Isso foi na época da copa de 2014. Aí ele veio umas duas, três vezes. Sempre falei: "Obrigada, mas...". Na terceira ou quarta vez que ele veio, ele me trouxe uma camiseta do Brasil. Então tem isso. Eles tentam. E evidente que ele só tinha me dado aquele presente porque eu dizia que não prescrevia. Só que daí vai da tua índole, da tua ética aceitar aquilo ou não, né? (...) Eles tentam. Existe uma pressão. A questão é se tu vai cair na pressão ou não (Paula, 19/09/2018).

Ou seja, nesses dois trechos em destaque, ela exemplifica como se dá a prática das prescrições das pílulas e a relação com os representantes. E, nesse sentido, tanto a prática de se prescrever pílulas com os nomes comerciais dos medicamentos quanto a abordagem dos representantes, que tornam visíveis esses nomes e os associam a presentes, possivelmente fazem diferença na escolha da prescrição. Por fim, a médica também se referiu às “amostras” que ela recebe dos representantes, que ela diz utilizar “eventualmente”. Ela disse: “Se a gente tem amostra, a gente vai dar amostra, não tem porque não ajudar o paciente. Em alguns anticoncepcionais que são mais caros, às vezes mostrar que tu pode dar um início de tratamento ajuda. Se tu acha que aquela é a melhor opção para a paciente” (Paula, 19/09/2018). Essas pílulas “mais caras” são provavelmente as de “gerações” mais recentes, já que as com levonorgestrel são baratas e, pelo menos em tese, disponibilizadas pelo SUS. Isso indica também, portanto, que também são pílulas prescritas no sistema público, ainda que talvez com menor intensidade que no sistema privado.

Também sobre essas amostras fornecidas pelos representantes e sobre as relações dos médicos com eles, Guilherme me disse:

“Ah, consegui um monte de amostra aqui. Vou fazer um marketing pessoal, vou dar uma amostrinha para começar e vou escolher o que tenho aqui.” Não pode ser isso, né? (...) Eu acho que tem gente que engole muito rápido o que a indústria farmacêutica diz. “Olha, doutor, essa pílula é boa por isso e isso. O diferencial dessa pílula é isso, isso e isso.” (...) Esse marketing a gente recebe bastante. “Bá, doutor, esse aqui é uma dose bem baixinha, isso aqui é bom pro teu paciente”. Na verdade, eles estão subestimando a nossa inteligência. Ou estão estimando, porque tem gente que realmente se atualiza com representante. Eu acho que isso existe, sim (Guilherme, 09/08/2018).

Aqui, Guilherme faz referência às amostras como formas de promoção do próprio médico frente às pacientes, o que considera algo condenável. Ademais, entende que alguns de seus colegas acreditariam com muita facilidade nas propagandas da indústria quanto aos efeitos de pílulas específicas. Como já citado anteriormente, ele se refere principalmente à promoção das pílulas por conta de sua menor dosagem, principalmente para adolescentes.

Já quando perguntei sobre o que achavam sobre os médicos que davam palestras patrocinadas nos congressos, os dois não consideraram que o conflito de interesses era tão

significativo. Guilherme diferenciou o trabalho do *speaker* - o médico ou médica que é pago para dar palestras específicas patrocinadas pela indústria em congressos - daquele do representante ou do médico que atua com vínculo permanente dentro de uma empresa. Nesse sentido, ter sido patrocinado em uma palestra específica não compromete de maneira decisiva as informações apresentadas nas outras. Esse entendimento vai ao encontro de algumas formas de entendimento do que é “conflito de interesses”. É a situação de alguns médicos que apenas apontam a existência de conflito caso haja patrocínio ou vínculo com a indústria em relação àquela apresentação específica, como vimos nos capítulos anteriores. Por outro lado, para Guilherme, as palestras que são patrocinadas deveriam ser avaliadas mais criticamente. Referindo-se a uma das apresentações não patrocinadas realizadas no Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia da Sogirgs em 2018, na qual uma ginecologista declarou conflitos de interesse dizendo que eventualmente é *speaker* de um laboratório, ele disse:

O *speaker*... Por exemplo, aquela médica que falou que às vezes fala em congresso, ela tem um viés, um compromisso que ela ganha um dinheiro para falar no congresso. O *speaker* pode ter um conflito de interesse muito pequeno, mas a pessoa que trabalha lá dentro vai perder o emprego se falar mal, se não ajudar o representante de laboratório a vender o peixe direitinho. O *speaker* não tem tanto comprometimento. (...) Por isso que é melhor ir em congresso que não tem esse... Todo congresso tem patrocínio, mas ali, por exemplo, tinha palestras patrocinadas. Eu fui em uma que eu não gostei, achei que tinha muito viés. Que não estava apresentando nada de novo, tanto que eu saí na metade. Porque eu via que tinha viés. Poxa, grande coisa que está me apresentando... Já conheço (Guilherme, 09/08/2018).

Paula também se manifestou dizendo que a indústria buscava pessoas consagradas e, por isso, entendia que as informações das conferências patrocinadas não eram comprometidas pelo financiamento.

Na grande maioria das vezes, os palestrantes que são patrocinados pela indústria farmacêutica são pessoas bem consagradas, que estudam e que não estão ali só porque estão sendo pagos... A gente cansa de ver assim em palestra de indústria falar coisas de outras opções... Claro que não vão ficar falando nome comercial porque tu está sendo patrocinado, mas tu vê que é uma visão bem idônea... (Paula, 19/09/2018).

Meu objetivo com essas citações não é determinar a forma que os médicos analisam e consomem as informações apresentadas nos congressos, mas chamar a atenção para a possível variedade, bem como para o fato de que há diferença na leitura que se faz das informações apresentadas pelos representantes, por *speakers* e por palestras não patrocinadas. Além disso, o fato de que se trata de médicos associados às universidades e “consagrados” no meio acadêmico possivelmente faz diferença na credibilidade das apresentações.

## 5.4 Considerações finais

Tenho argumentado ao longo desta tese que as práticas descritas fazem parte das respostas que especialistas em contracepção associados à Febrasgo têm dado à circulação pública de preocupações sobre os riscos das pílulas combinadas, especialmente de TEV. Nessas respostas, há uma ênfase nos supostos benefícios desses contraceptivos e minimização de seus efeitos colaterais e riscos, o que contribui para a produção da segurança desses artefatos. Neste capítulo, dei destaque aos enquadramentos relativos aos efeitos colaterais “menores”, em geral não considerados “riscos”, e a alguns “benefícios extracontraceptivos”. Esses enquadramentos têm efeitos importantes tanto no aparato de gênero quanto no de biomedicalização, que são coconstituídos de maneira importante.

Para essa discussão, me aproximo do debate proposto por autores como Alexander Edmonds e Emilia Sanabria (2016), bem como Fabíola Rohden (2017), sobre as fronteiras (e sua dissolução) entre saúde e aprimoramento no Brasil. Os dois trabalhos abordam conjuntamente o uso de hormônios e de cirurgias plásticas para fins de transformação corporal e subjetiva. No caso do trabalho de Edmonds e Sanabria (2016), chamo atenção para os comentários sobre as terapias hormonais. Diferente do corte realizado para esta pesquisa, os autores se referem a usos mais variados dos hormônios: diversas formulações, formas de administração e usos em diferentes fases da vida. Além disso, fizeram entrevistas com usuárias desses hormônios e com endocrinologistas, ginecologistas, psicólogos, enfermeiras, além da observação de práticas clínicas. Nesse sentido, por um lado, os contraceptivos orais combinados não recebem a maior parte da atenção, já que os autores enfocam os usos experimentais dos implantes que combinam diferentes formulações, incluindo androgênios como a testosterona. Além disso, também não se privilegia a ginecologia e nem suas práticas mais “oficiais” sobre contracepção ligadas à Febrasgo.

Aqui, limito-me a tratar dos enquadramentos das pílulas combinadas na medida em que são a forma de terapia hormonal mais antiga, legitimada e, portanto, associada a maior segurança. Enquanto Edmonds e Sanabria afirmam que a “banalidade dos contraceptivos pode mascarar sua utilização em nível mais experimental para melhorar o humor, controlar peso ou regularizar a vida sexual ou social” (Edmonds e Sanabria, 2016, p. 195), eu enfatizo seu uso não experimental, mas aquele que é legitimado pela Febrasgo. Argumento então que não é apenas nesse âmbito mais experimental associado principalmente aos implantes hormonais que, nas palavras de Edmonds e Sanabria (2016), “as metas estéticas são moralmente autorizadas como metas de saúde” (Edmonds e Sanabria, 2016, p. 196).

Entendo que, também no caso dos contraceptivos orais combinados, há práticas que estão “associadas a tratamentos estéticos, medidas higiênicas e práticas de “cuidar-se” (...) considerados essenciais à feminilidade moderna” e que não há, dessa forma, “uma distinção clara entre os tratamentos estéticos, higiênicos, eróticos e médicos; da mesma forma, é bem tênue a linha que distingue as intervenções médicas necessárias das fundamentações difusas de melhoria da autoestima ou gerenciamento de exigências da vida” (Edmonds e Sanabria, 2016, p. 195). No tocante ao uso dos hormônios, especificamente, os autores ainda concluem o seguinte:

Os hormônios sexuais são parte “normal” dos cuidados na saúde reprodutiva. No entanto, eles também são usados para fins médicos e sociais que vão além dessas indicações: desde o corpo erótico esculpido dos travestis, passando pela supressão menstrual e os efeitos estéticos do “chipe da beleza”, até o cuidado pessoal sexual (Edmonds e Sanabria, 2016, p. 207).

Aqui, argumento que esses outros usos “médicos e sociais” já estão inclusos nos cuidados “normais” de saúde reprodutiva, ainda que não da mesma forma que em seus usos experimentais. Minhas descrições indicam que esses outros fins são legitimados não só pelas práticas clínicas, como mostram Edmonds e Sanabria, mas também pela própria Febrasgo. Assim, a supressão menstrual (ou controle dos sangramentos) e os efeitos estéticos (e psicológicos e sexuais tidos como derivados deles) já são considerados dimensões importantes dos cuidados rotineiros com a saúde da mulher no Brasil também “oficialmente”. Rohden (2017), também refletindo conjuntamente sobre a medicina sexual e estética, relata a circulação de discursos em torno da insatisfação feminina e da promessa de sua resolução via recursos biomédicos como o uso de hormônios e das cirurgias plásticas. A autora mostra como as categorias “satisfação pessoal”, “qualidade de vida”, “autoestima” e “confiança” são mobilizadas nos discursos de médicos e de instituições a fim de legitimar esse tipo de intervenção a aproximando de enquadramentos mais abrangentes de saúde. Assim, a transformação dos corpos é promovida como acompanhada por uma forte transformação subjetiva que a justifica (Rohden, 2017, p. 31-33).

Neste capítulo, descrevi também essa aproximação entre estética e saúde mental e sexual, quando a melhoria da acne, da oleosidade dos cabelos e da apresentação genital (na troca de *nudes*) é associada tanto à prevenção do risco de depressão e suicídio no caso das adolescentes quanto à promoção da “autoestima sexual”, no caso da promoção de algumas pílulas. Nesse quadro, com essa ênfase nos supostos benefícios, os riscos e efeitos colaterais

são, nas palavras de Emily Martin (2006), reduzidos e deslocados para longe do centro da consciência (Martin, 2006, p. 283).

Nesse sentido, Rohden (2017) chama a atenção não apenas para as aproximações, mas também para as possíveis disjunções entre enquadramentos mais tradicionais de saúde e aqueles em torno do aprimoramento, já que a busca por esse último poderia levar a riscos em relação à saúde ideal. A autora então descreve as diferentes moralidades imbricadas nessas diferentes demandas e subjetividades:

(...) o interessante é que nos dois casos temos a conformação de comportamentos e subjetividades imbricados em obrigações morais. Se em um, trata-se da obrigação de ser saudável, em outro, o de tornar-se sempre melhor. Se no primeiro o descumprimento das regras leva à condenação por descuido e falta de responsabilidade, no segundo produz-se a acusação de desleixo e falta de atenção a si mesmo. Nos dois casos, estamos percebendo formas socialmente legitimadas e incentivadas de cuidado de si que afetam a produção dos sujeitos atualmente (Rohden, 2017, p. 53-54).

Na configuração descrita, o primeiro modelo - “obrigação de ser saudável” - poderia ser associado às preocupações mais tradicionais em torno dos riscos de TEV e efeitos colaterais em geral, no qual parece existir um ideal de saúde permeado por ideais de responsabilidade e prudência. Por outro lado, o segundo modelo, “tornar-se sempre melhor”, pode ser aproximado da promoção dos benefícios extracontraceptivos associados às mulheres “modernas”: controle dos sangramentos, ausência de TPM e cólicas, melhora da pele e do cabelo, dentre outros. Lembrando que o foco aqui não são as práticas cotidianas das usuárias desses contraceptivos, mas a configuração em torno da Febrasgo, entendo que o segundo modelo tem sido mobilizado como resposta aos questionamentos em torno das pílulas combinadas fundamentadas no primeiro modelo. Assim, os médicos interpelados têm respondido às preocupações em torno da saúde com o deslizamento para o aprimoramento, com ênfase em categorias mais flexíveis como “bem-estar” e “qualidade de vida”, nas quais os supostos benefícios “extracontraceptivos” das pílulas são mais facilmente incluídos.

No caso dos contraceptivos orais combinados, a busca pela estabilização de sua segurança torna visível alguns movimentos. Na apresentação de Bonassi Machado, vimos a ênfase na necessidade de se “ensinar” as mulheres a reconhecerem os “benefícios extracontraceptivos” das pílulas, fazendo-as associar efeitos considerados positivos ao uso desses dispositivos. Enquanto tais benefícios são apresentados de forma conjunta, em lista, seus efeitos colaterais não são enfatizados e, quando aparecem, são discutidos individualmente, na maioria das vezes de forma a relativizá-los. Além disso, com a fronteira performada entre

“riscos” e “efeitos colaterais” e com um enquadramento de segurança que inclui os primeiros e não os segundos, cria-se um viés a favor do entendimento da pílula como segura.

Ao mesmo tempo, enquanto se considera tarefa médica fazer as pacientes associarem efeitos positivos ao medicamento, o trabalho de associação dos efeitos negativos ao dispositivo fica por conta da própria usuária - o que tem acontecido, sobretudo, nos grupos de discussão nas redes sociais. É nessa mesma direção que se orienta que os sangramentos “não programados”, efeitos mais visíveis do uso das pílulas, sejam evitados com o aumento da dose estrogênica. Isso faz com que um efeito considerado negativo seja transformado em um positivo (o sangramento “programado”). Já os efeitos associados à maior dosagem de estrogênio são mais facilmente desconsiderados, já que seus vínculos com a pílula são menos visíveis. Essa invisibilidade está conectada também aos enquadramentos tornados visíveis ou não sobre a forma que esses contraceptivos atuam nos corpos. Embora essas usuárias sejam às vezes acusadas de “desconhecimento” do funcionamento das pílulas, não se entende que se trata de uma responsabilidade médica compartilhar seus entendimentos com elas. Também em decorrência disso, não há abertura para participação das usuárias na escolha da pílula, já que se entende que esse conhecimento está apenas no lado dos médicos.

Há ainda outra diferença relevante entre as formas que efeitos colaterais e “benefícios extracontraceptivos” são descritos nessas apresentações. Os efeitos “menores” (náusea, dores de cabeça e nas mamas e inchaços), diferente dos “benefícios extracontraceptivos”, não são discutidos em termos de suas consequências na “qualidade de vida” (“autoestima”, por exemplo) das possíveis usuárias. Nesse sentido, o enquadramento do “aprimoramento” parece servir, sobretudo, para a defesa da segurança da pílula, nunca para questioná-la.

Ademais, nas diferentes apresentações descritas, é possível ver como o estabelecimento de contornos do que seriam esses “benefícios” contribui para produção de formas específicas da mulheridade, seus desejos e necessidades. Na teleaula de Machado, o médico apresenta uma pesquisa realizada com 500 mulheres de “classes A e B” de cinco capitais brasileiras e as transforma em “as mulheres”, não dando detalhes sobre as condições de produção desses dados. Nesse quadro, se no início de sua apresentação o médico discorre sobre como os “benefícios” sobre a pele, cabelo e peso - decorrentes, segundo o médico, de uma “ação antiandrogênica” - foram exigências das mulheres, quando apresenta a pesquisa, ele evidencia que elas não os reconhecem (apenas 12% das entrevistadas associam a pílula a efeitos positivos nos cabelos e 31% na melhora das acnes). É a partir desses dados que defende que tais associações sejam

circuladas pelos ginecologistas para fins de “retenção” das usuárias e “continuidade do uso” das pílulas combinadas.

Em relação às adolescentes, suas necessidades e corporalidades, há ainda outras circulações mais específicas em jogo. Há, primeiro, uma preocupação ainda maior com a adesão já que, como vimos no capítulo 4, é comum que se associe a gravidez na adolescência à inadequação. Aqui, no entanto, essa não parece ser a preocupação central. Por um lado, associa-se a adolescência a maior vulnerabilidade a efeitos colaterais derivados da dose estrogênica, já que são “iniciantes” na tomada de hormônios. Isso aparece tanto na apresentação de Luciana quanto na promoção de pílulas específicas para adolescentes pela indústria farmacêutica, nas quais pílulas com menor dosagem hormonal são associadas a elas. Por outro lado, quanto ao risco de TEV, as adolescentes aparecem como menos suscetíveis nos enquadramentos de Leandro e José, já que idade seria um fator importante a contribuir para o risco aumentado.

Além disso, na apresentação de Felipe, a associação das adolescentes à produção e compartilhamento de imagens em diferentes redes sociais produz ainda mais valorização aos “benefícios estéticos” das pílulas combinadas, principalmente daquelas “antiandrogênicas”, que teriam maior efeito sobre a pele, cabelo e peso. Mesmo quando as adolescentes aparecem como questionadoras dos protocolos médicos, isso é atribuído à influência - supostamente errada - desse espaço construído como homogêneo: as “mídias sociais”, suas “blogueiras” e o Google. Além de serem apresentadas como autocentradas, as evidências científicas não teriam relevância para elas. E apesar de seus questionamentos serem reconhecidos enquanto tais, suas razões são apresentadas como sobretudo preocupações também estéticas, transformadas em fatores de risco para depressão e suicídio. Por outro lado, as apreensões em torno do risco de TEV e outros efeitos colaterais são facilmente desconsideradas ou nem mesmo citadas. Mais que isso, a solução sugerida para tais questionamentos é que os ginecologistas adotem uma postura que não apresente dúvidas sobre os benefícios das pílulas e que faça o mínimo possível de referência a seus riscos. Nesse quadro ainda, tais benefícios deixam de ser necessariamente “extracontraceptivos”, já que são apresentados também como efeitos principais e não como direcionados apenas àquelas que desejam contracepção.

Tais “benefícios extracontraceptivos” são comumente associados às necessidades de uma suposta “nova usuária” ou “mulher moderna”. E não apenas as mulheres são marcadas por esse adjetivo, mas também circulam noções de uma “visão estética moderna” e de “moléculas mais modernas” (que seriam as pílulas com drospirenona). Tais associações de determinados

contraceptivos à “modernidade” já são descritas em trabalhos como os de Manica (2003), Sanabria (2010) e Nucci (2012), em geral ligadas à promoção da supressão menstrual. O que eu gostaria de chamar a atenção aqui, portanto, é que qualquer dos “benefícios extracontraceptivos” têm sido vinculados, nos congressos de ginecologia, tanto à “mulher moderna” quanto às pílulas de terceira e quarta “geração”, ainda que nem sempre haja comprovação de uma diferença significativa em relação às de segunda em relação aos efeitos considerados positivos.

Já quanto às noções de “liberdade” e “escolha”, apesar de aparecerem nas propagandas da indústria, são basicamente inexistentes nas apresentações dos especialistas em contracepção para outros ginecologistas. E nessas propagandas, obviamente, tal liberdade e escolha são associadas à contracepção, ao controle dos sangramentos, da TPM e das cólicas, do peso e da estética (traduzida em “autoestima”) em geral, mas nunca ao controle dos riscos de TEV ou de efeitos colaterais como náuseas e dores de cabeça. Da mesma forma, a possibilidade dessa “escolha” é dificilmente legitimada, sendo encarada mais comumente como algo a ser manejado do que respeitado.

Assim, termos como “liberdade” e “escolha” desconsideram as consequências da circulação de enquadramentos específicos de mulheridade que intra-agem não apenas com a prática clínica, mas com a produção e “divulgação” científica, bem como com o marketing farmacêutico em torno das pílulas que, por sua vez, também não são facilmente separáveis. Nesse sentido, a atuação da indústria via patrocínio de pesquisas e de apresentações nos congressos, de doações para diferentes instituições públicas de pesquisa, de distribuição de presentes, alimentação e brindes nos congressos e nos consultórios, além de outras formas de vínculo criadas entre representantes e ginecologistas, são dignas de nota. Considerando que nomear um efeito de “risco” ou “benefício” é também uma avaliação moral e que essa avaliação não independe das formulações de gênero em jogo, há relativo empenho para estabilização dessas conexões.

Além disso, essas descrições evidenciam a produção de relações específicas entre alguns hormônios e a materialização da mulheridade. No mesmo sentido que argumentei no capítulo 2, vemos aqui a naturalização da diminuição dos androgênios nos corpos marcados como mulheres, fazendo com que os efeitos das pílulas combinadas - já que compostas de “hormônios femininos” - sejam tidos como de baixo risco. Assim, reforçam a desconexão entre mulheridade e androgênios, modificando materialmente os corpos de forma a diminuí-los e, ao mesmo tempo, a conectam ao estrogênio e a seus efeitos na pele e nos cabelos (traduzidos como



“beleza” e “autoestima”). Dessa forma, atualizam normas de gênero que, por um lado, reinscrevem as diferenças de gênero em termos corporais e, por outro, ligam a mulheridade à necessidade de ser “bela”.

Nesse sentido, mesmo a sua sexualidade é ligada à beleza. De um lado, esse controle da pele, cabelo, pelos e peso é traduzido como melhorando “autoestima sexual” e, de outro, a suposta exposição dos nudes realizadas pelas adolescentes é associada à importância da estética da genitália (com a redução dos “nudes” a imagens genitais), que também poderia ser afetada pelo uso das pílulas. Levando em consideração esse quadro, considero pertinente realizar alguns comentários comparativos entre os enquadramentos dos contraceptivos hormonais indicado para homens e para mulheres no tocante às interferências na sexualidade. Segundo o trabalho de Nelly Oudshoorn (2003) sobre as tentativas de desenvolvimento de uma pílula hormonal masculina, a autora argumenta que, durante as três décadas de testes analisados, as possíveis consequências na “função sexual” foram o efeito colateral mais debatido. Conforme a autora,

Essa preocupação repete a preocupação cultural com normas de masculinidade que podem ser melhor resumidas como “não mexa com a sexualidade masculina”. Ao escolherem abordagens hormonais, cientistas e clínicos entraram em uma zona de alto risco: a supressão da produção de esperma por hormônios resultou em uma menor produção de testosterona, um andrógeno preeminente descrito como o hormônio do sexo porque regula a função sexual. Apesar de esse problema ter sido resolvido no início dos anos 1970, com a combinação hormonal que objetivava restaurar a função sexual, o medo que pudesse afetar a libido continuou a dominar o campo. A maioria das publicações na imprensa científica e jornalística que cobriam os testes nas duas últimas décadas enfatizaram que os hormônios não tinham impacto negativo na sexualidade masculina. Mesmo no final dos anos 1990, a imagem dos contraceptivos hormonais como ameaça à sexualidade masculina ainda estava muito viva (Oudshoorn, 2003, p. 107, tradução minha).

Ou seja, trata-se de um enquadramento bastante contrastante com o descrito nesta tese. Primeiro, apesar de a interferência na libido ser ainda hoje uma das principais reclamações das mulheres usuárias de pílulas combinadas e um dos motivos mais recorrentes para a interrupção de seu uso (Klöppel, 2017; Santos, 2018; Rodrigues, 2020), o tema é pouco debatido nos congressos de ginecologia pesquisados. Em geral, os efeitos na libido são tidos como controversos e contornáveis pelos especialistas em contracepção, já que a “libido feminina” (tida sempre como cis) seria “multifatorial” e só seria possível atribuir à responsabilidade por sua falta à pílula após a conclusão de que não se trata de outras causas. Nesse sentido, ainda, se os androgênios parecem fazer diferença tão significativa na libido masculina, na feminina - pelo menos no período de “vida reprodutiva” - seus efeitos não são considerados relevantes entre ginecologistas especialistas em contracepção. Duas hipóteses são possíveis para explicar tal

diferença: ou a “libido feminina” é associada a outros fatores ou substâncias que não os androgênios ou ela não é considerada tão fundamental como a masculina.

Em relação à primeira hipótese, cito um comentário realizado pela ginecologista Larissa em entrevista, que se referia ao uso de testosterona por mulheres jovens, não recomendado pela Febrasgo. Ela disse:

Se você tem um cérebro estrogênico, se você é feminina, você tem uma pegada de mais sensibilidade, é estrogênico, que é o hormônio feminino. Se você é cheio de testosterona, você tem outra pegada. Então uma mulher que usa testosterona em altas doses que aumenta a libido... Que libido ela tem a mais? É uma libido feminina que realmente vai deixar ela feliz? Ou uma libido masculina que de repente é o sexo, aquela coisa assim “vou pegar” e não sei o quê, e de repente não completa tanto ali aquela, não chega a ser tão satisfatório, de ficar feliz mesmo (Larissa, 09/02/2021).

Percebe-se, nesse trecho, a performance de uma diferença de gênero e sexualidade “substancializadas” em uma diferença hormonal que não é quantitativa, mas qualitativa. Nesse modelo, a libido feminina é estrogênica e a masculina androgênica e, se uma mulher consumir androgênios (no caso, testosterona), ela irá obter uma “libido masculina” que não a satisfará. Assim, ainda que seja possível, a partir do consumo de hormônios específicos, que uma mulher tenha “libido masculina” - traduzida como “o sexo, aquela coisa assim de ‘vou pegar’” - isso não é tido como algo desejável, pois não é esse tipo de libido que a fará feliz. Por outro lado, a “libido feminina”, que supostamente a satisfaria, teria uma “pegada de mais sensibilidade”. Livi Faro (2016), em sua tese de doutorado, também mostra associações entre testosterona, masculinidade e luxúria, em uma sexualidade masculina apresentada como simples, direta e ativa, em contraponto com uma sexualidade feminina apresentada como “multifatorial”, “complexa” e “receptiva”, ligada ao “amor romântico” (Faro, 2016, p. 187-192).

Dessa forma, há uma reafirmação de uma diferença biológica dada que é apresentada como fundamento das diferenças de gênero, que se traduzem em diferentes formas de desejo sexual. E embora a possibilidade de modificação em uma ou outra direção, a partir de recursos farmacológicos hormonais, seja reconhecida, apenas uma delas - aquela traduzida em coerência entre sexo, gênero e sexualidade - é apresentada como podendo levar à felicidade. É nesse quadro que a diminuição de androgênios nas mulheres, associados à “libido masculina”, é bastante aceitável, mas seu aumento não.

Já quanto à segunda hipótese - de que a sexualidade feminina não seja considerada algo tão relevante quanto a masculina - retomo os argumentos de Oudshoorn (2003) sobre contraceptivos e suas interferências na sexualidade e no bem-estar. A autora lembra que, desde a introdução da pílula combinada para as mulheres, nos anos 1960, haveria reclamações sobre

perda de desejo sexual. Entretanto, pesquisas sobre a interferência dos dispositivos na “função sexual” das mulheres só tiveram início nos anos 1990 (Oudshoorn, 2003, p. 107). Pesquisas correlacionando pílulas combinadas e outros contraceptivos à depressão são ainda mais recentes e, apesar de mais discutidas nos congressos analisados, também não é tida como uma correlação estável. Lembro aqui que é também comum que mulheres relatem, nas redes sociais, desânimo e outros efeitos no bem-estar associando-os às pílulas, ainda que nem sempre relacionados ao diagnóstico médico de depressão (Klöppel, 2017; Santos, 2018). São, em geral, efeitos colaterais dentre os considerados “menores” e “passageiros” que recebem pouca atenção nos congressos. Embora não tenham sido o foco desta tese, já que são muitos os efeitos a serem discutidos, sublinho essa variação de atenção a tais efeitos nessas diferentes configurações, reforçando o argumento de van Kammen e Oudshoorn (2002) de que as controvérsias em torno da introdução de novos anticoncepcionais para mulheres, desde 1970, mostram o mesmo tipo de diferenças: “pesquisadores e legisladores têm representado os efeitos colaterais como leves e transitórios, enquanto as defensoras da saúde das mulheres os descrevem como afetando profundamente a vida e o bem-estar diário das mulheres” (van Kammen e Oudshoorn, 2002, p. 453, tradução minha).

Em comparação, os efeitos no bem-estar e na sexualidade dos homens foram centrais desde o início dos testes com contraceptivos hormonais para eles. Além disso, tais questões foram colocadas na agenda de pesquisa pelos próprios cientistas e pela indústria farmacêutica, dispensando a necessidade de movimentos sociais representando seus interesses. Sobre isso ainda, as autoras concluem:

Este artigo mostra, no entanto, um novo aspecto importante da avaliação de risco: as perspectivas leigas dos homens são levadas mais a sério por especialistas e formuladores de políticas do que as perspectivas leigas das mulheres. No caso dos contraceptivos masculinos, o bem-estar dos homens ao usar contraceptivos foi uma questão central desde o início. O bem-estar emocional e a sexualidade dos homens foram colocados na agenda de pesquisa internacional pelos próprios cientistas reprodutivos, e a necessidade de dados de longo prazo sobre os anticoncepcionais masculinos foi enfatizada pela indústria farmacêutica. No caso dos anticoncepcionais femininos, a preocupação com os efeitos de longo prazo dos anticoncepcionais foi apresentada pelo movimento de saúde da mulher, e a pesquisa sobre a saúde mental e a libido das mulheres ao usar anticoncepcionais hormonais foi iniciada apenas por pressão das defensoras da saúde da mulher. Assim, podemos concluir que a incorporação de interesses leigos nos métodos de avaliação de risco dos especialistas mostra um padrão de gênero claro, se não "preconceito" (Abraham 1994b). Considerando que as perspectivas dos usuários de contraceptivos masculinos são enfatizadas e negociadas por porta-vozes autorizados dentro do estabelecimento médico, a incorporação dos interesses e necessidades das usuárias de contraceptivos femininos depende dos movimentos pela saúde das mulheres (van Kammen e Oudshoorn, 2002, p. 453-454, tradução minha).

Ainda nesse sentido, chamo atenção novamente para como o “bem-estar feminino”, embora receba bastante atenção nas dinâmicas associadas ao aprimoramento, é constantemente associado a padrões estéticos e ao controle de sangramentos, nunca a possíveis efeitos colaterais da pílula, como interferências na libido e na disposição.

Além disso, as modificações em torno dos enquadramentos dos sangramentos também são significativas. A promoção das pílulas mais recentes, sejam aquelas para uso contínuo, flexível ou mesmo aquelas com menores dosagens estrogênicas (que podem ter como consequência mais sangramentos), tem levado à produção de uma diferenciação entre sangramentos de privação (ou programados) e menstruação. Isso transforma os sangramentos durante o uso da pílula em efeito colateral do medicamento, tornando-os, por um lado, inofensivos, já que seriam efeitos que não indicam riscos à saúde mas algo esperado e, por outro, dispensáveis ou manejáveis com o uso contínuo, flexível ou aumento da dosagem estrogênica. Assim, os sangramentos passam a ser algo a ser controlado pelas “mulheres modernas”, que devem manejá-los de acordo com suas vidas. Ao mesmo tempo, é comum que se associe aos sangramentos - tantos aos menstruais quanto aos de privação - são diferentes complicações, que vão desde TPM a inchaço e dores, efeitos que em outros enquadramentos também poderiam ser efeitos das pílulas combinadas.

São práticas semiótico-materiais, enfim, que tendem a reforçar divisão binária e “biologizada” de gênero, ainda que não necessariamente orientada à reprodução. Vemos que quando o aprimoramento é privilegiado em detrimento da contracepção, abre-se espaço para o reconhecimento de sexualidades não heterossexuais na possibilidade de que também façam o uso da pílula para tal fim; por outro lado, supõe-se as mulheres como sujeitos que priorizam a beleza sobre os riscos à saúde independente de sua sexualidade e de sua necessidade contraceptiva. Da mesma forma, a cissexualidade é sempre pressuposta, já que nunca se trata do uso dos mesmos hormônios para as mulheres trans ou de outros gêneros e que se supõe que sexualidades não heterocissexuais não possibilitam vínculos entre atividade sexual e reprodução.

Com relação às mudanças temporais, são as pílulas de “novas gerações”, especialmente, que estão inseridas em dinâmicas de aprimoramento que ensejam mulheridades “antiandrogênicas” e mais estrogênicas, para as quais a beleza é um atributo fundamental e a menstruação/sangramento é dispensável ou manejável. É nessa direção também que aparecem indícios daquilo que Clarke et al chamam de “customização”, que atenderiam a desejos não apenas de normalização, mas de “diferenciação personalizada” (Clarke et al, 2003, p. 181).

Dentre os recursos de personalização, entram os diferentes modos de gerenciar os sangramentos, as pílulas “ideais” para adolescentes que buscam pílulas “mais fracas” ou para a “mulher moderna” que privilegia benefícios estéticos. Surgem conjuntamente, assim, “novas identidades tecnocientíficas” associadas a essas pílulas, produzindo subjetividades nas quais o “controle” e a “proatividade” são fundamentais, ainda que nos termos delimitados pelos enquadramentos biomédicos (que incluem, aqui, a indústria farmacêutica).

Chamo atenção novamente, nesse sentido, para a estratificação também de classe e raça associada a essas práticas, já que essas “novas gerações” de pílulas são mais caras e circulam, sobretudo, nos consultórios privados. As “jovens” que apareciam na apresentação de Felipe eram brancas e apareciam em seus quartos privados. Da mesma forma, a jovem que aparece na propaganda da Adoless é branca e parece dançar balé, historicamente associado a uma mulheridade delicada e muito magra. Isso não significa que essas pílulas não sejam também prescritas via SUS, como também vimos, mas que nas práticas descritas são associadas principalmente à prática privada, enquanto os LARCs são mais associados a discussões sobre o SUS e à pobreza. Essas diferenças são corroboradas pelas pesquisas de Sanabria (2010) e Edmonds e Sanabria (2016).

Finalmente, associada à lógica privada da medicina, está a circulação de incentivos e advertências aos ginecologistas, que são estimulados a “conquistar” as clientes e ameaçados com a perda delas caso não façam o que elas supostamente querem (“benefícios extracontraceptivos”). Os médicos são encorajados a “colaborar” com essas “meninas” oferecendo um “benefício adicional à sua consulta”. Caso não o façam, estarão perdendo uma “oportunidade única” e serão “absorvidos pelo mercado”. Assim, além de serem apresentados às necessidades da “nova usuária” ou da “mulher moderna”, ficam sabendo que provavelmente seus colegas farão aquelas promessas e que, caso não o façam, poderão ser economicamente prejudicados ou mesmo considerados “desatualizados”. Trata-se, portanto, de um estímulo de competitividade e de uma dinâmica de livre mercado que contribui para a circulação da ênfase nos “benefícios extracontraceptivos” em detrimento da visibilidade dos riscos e efeitos colaterais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme expliquei na introdução deste trabalho, foi a partir do meu contato com a campanha “Vamos Decidir Juntos - contracepção consciente”, organizada pela Febrasgo em parceria com a empresa farmacêutica Libbs, que formulei a hipótese de que parte relevante dos ginecologistas, em conjunto com a indústria farmacêutica, estavam atuando a fim de reenquadrar publicamente a segurança da pílula anticoncepcional e a autoridade médica, tendo em vista que durante a década passada, houve um aumento significativo da circulação de críticas ao dispositivo (bem como às práticas dos ginecologistas e da indústria). A campanha era, nesse sentido, uma espécie de resposta desses atores à crescente crítica e desconfiança em relação à pílula anticoncepcional.

Dessa forma, busquei outros eventos e documentos promovidos pela associação de ginecologia a fim de descobrir se havia outras práticas que pareciam responder a essas críticas e se, da mesma forma que na campanha, havia um esforço para a defesa da segurança da pílula. Foi a partir daí que passei a participar de diferentes congressos de ginecologia e seguir outros actantes para os quais esses, junto de minhas perguntas de pesquisa, me levaram. Além disso, como essas controvérsias abrangem muitos aspectos diferentes da contracepção hormonal, não se restringindo às pílulas combinadas e nem à sua segurança, realizei alguns recortes para a pesquisa: além da restrição às pílulas orais combinadas e da ênfase nas práticas das associações hegemônicas de ginecologia, tomei como ponto de partida a controvérsia em torno do risco de trombose.

Optei por mapear e descrever não as práticas de pesquisa em ginecologia e nem suas práticas clínicas, mas um âmbito no qual circulam rastros de ambas e que, sob a influência de Ludwik Fleck (2010), chamei de “ciência dos manuais”. Entendo que seja uma dimensão relevante que nem sempre recebe a devida atenção e que faz diferença ao traduzir a produção dos círculos esotéricos - a partir de seleções, composições, sistematizações, destaques e direcionamentos - em direção aos círculos exotéricos. São, ainda, práticas de conhecimento que constituem as pílulas anticoncepcionais e sua segurança a partir de suas tecnologias semiótico-materiais.

Como aparato teórico-metodológico, escolhi práticas que me ajudavam a tornar algumas tecnologias usualmente tidas como transparentes - e refiro-me aqui aos congressos, documentos, orientações e propagandas - em “tecnologias de visualização” (Haraway, 1995) que atuam ativamente no processo de materialização semiótica da segurança das pílulas anticoncepcionais. Reconheci, a partir da influência de Karen Barad (2017), de que não se trata

de práticas ontológicas cuja separação de outras independe de cortes ativos por parte da autora dessa pesquisa. Busquei, assim, trabalhar com a ideia de “intra-ação” a fim de chamar atenção para inseparabilidade ontológica tanto entre os diferentes aparatos - de materialização da segurança da pílula, da biomedicalização, de performances de gênero e da minha pesquisa - quanto entre discurso e da materialidade.

Além disso, em diálogo com Annemarie Mol (2007), procurei destacar como as “interferências” entre essas diferentes práticas coconstituem a realidade e quais as consequências disso para os cuidados em saúde reprodutiva. Se, conforme defende a autora, as práticas de conhecimento já são sempre práticas de intervenção, é necessário investigar como se dá a “modelação material da realidade” em diferentes âmbitos e não apenas nas práticas de diagnósticos e prescrições. Como se trata de uma tecnologia cuja história está intimamente relacionada à das relações de gênero e da ginecologia, busquei mapear também suas interferências nelas. Como são traduzidos os interesses daquelas que são tidas como o público da tecnologia nas práticas de conhecimento da ginecologia? Que interesses são materializados nas pílulas e quais seus efeitos? Quais são os pontos que marcam um “risco” ou um “benefício” e como são estabelecidos? Tais enquadramentos da realidade implicam inclusões e exclusões inevitáveis. São essas exclusões, para as quais também busquei chamar a atenção, que possibilitam aberturas e que fazem de todo processo de materialização provisório e dependente de constantes reiterações.

Como resultado da pesquisa, cheguei à tese que desenvolvo e defendo ao longo de todo o trabalho: nessas respostas, as práticas da ginecologia hegemônica têm enfatizado os benefícios dos contraceptivos orais combinados e minimizado seus riscos, produzindo a segurança das pílulas combinadas. Como se parte de um aparato de produção de segurança que leva em conta um sopesamento entre riscos e benefícios, entende-se que um dispositivo, desde que ofereça mais benefícios que riscos, é seguro. É nesse sentido que as práticas de enquadramento de riscos e de benefícios associados à pílula fazem diferença e materializam a segurança do dispositivo. Assim, respondi, ao longo dos capítulos, as seguintes perguntas: Tendo em vista o recente aumento de preocupação em torno de sua segurança, principalmente por conta do risco de trombose, quais as práticas de produção da segurança da pílula anticoncepcional no circuito hegemônico da ginecologia? Como a produção dessa segurança intra-age com - de forma a atualizar ou reformular - sexo, gênero, sexualidade e a própria ginecologia em sua relação com a biomedicalização? Por fim, busquei ainda, a partir do contraste com controvérsias em torno da pílula que ocorreram na década de 1960 e 1970,

sublinhar as especificidades da configuração atual, indicando semelhanças e diferenças. Nessas considerações finais, busco retomar os principais pontos que respondem a essas perguntas.

No primeiro capítulo, parti da identificação de que, nas respostas da ginecologia hegemônica às críticas e questionamentos públicos sobre a segurança da pílula anticoncepcional, havia um enquadramento da história da pílula anticoncepcional como tendo sido desenvolvida visando “potencializar a liberdade das mulheres” por meio da viabilização do “sexo sem gravidez”. Tendo atingido tal feito, a pílula teria ainda sido responsável por uma “revolução sexual” que contribuiu para luta das mulheres pelos seus direitos. Assim, argumentei que essa associação contribuía para a materialização da segurança da pílula ao enfatizar alguns de seus supostos benefícios (liberdade e direitos das mulheres) ao mesmo tempo em que invisibilizava alguns de seus riscos histórico-políticos (sua associação ao controle de natalidade sendo a mais relevante). Para que essas ênfases e invisibilizações se tornassem perceptíveis, contrastei tais associações e práticas de enquadramento da pílula com outra que integrava a história do seu desenvolvimento, bem como de sua recepção e controvérsias no Brasil e nos Estados Unidos, buscando localizar histórica e espacialmente a questão da “reprodução” e sua relação com a ginecologia, controle de natalidade, relações de gênero, sexualidade, raça e nação.

Nesse sentido, demonstrei como a história do desenvolvimento da pílula estava conectada não apenas à busca pela liberdade e direitos das mulheres, que existia de forma minoritária, mas predominantemente a movimentos eugênicos e neomalthusianos, que foram fundamentais para a legitimação do dispositivo. Foi sobretudo a preocupação em torno do “problema da superpopulação” - condensando as ansiedades raciais e econômicas da época - a responsável por uma ampla aceitação da contracepção, inclusive por parte dos médicos, que culminou na materialização da pílula. Além disso, desde as primeiras controvérsias em relação à pílula nos anos 1970, a liberdade e os direitos das mulheres não eram intimamente conectadas à pílula nem no Brasil nem nos Estados Unidos; pelo contrário, as feministas a associaram ao machismo da medicina ou a consideraram um “mal necessário”. No Brasil, especialmente, o consenso de que a contracepção era um direito surgiu apenas nos anos 1980, a partir de reivindicações contra o “controle de natalidade” e a imposição de métodos contraceptivos, e não pressupunha a existência de um método ideal para todas as mulheres. Como as campanhas de defesa da segurança da pílula anticoncepcional atualmente invisibilizam o problema do controle de natalidade que levou à reivindicação pelo direito à informação e à escolha



contraceptiva, esse “risco” desaparece como motivação para o desenvolvimento e distribuição da pílula e como um possível “risco” atual.

Além disso, indiquei que a apresentação da pílula como responsável pela possibilidade da separação entre sexualidade e reprodução reduz a sexualidade ao coito e considera apenas as relações heterocissexuais. Assim, ignora práticas sexuais não coitais e associa a “liberdade das mulheres” apenas à pílula, desconsiderando que a relação entre sexualidade e reprodução já não era necessária antes, com outras formas de contracepção já disponíveis e aceitas. Ademais, ignora que a eficácia contraceptiva não depende unicamente de um dispositivo, mas está relacionada a outras práticas, dentre as quais as relações de gênero e sexualidade. Dessa forma, a promoção da pílula enquanto objeto revolucionário vinculado à liberdade e a direitos atribui ao dispositivo efeitos que são muito mais contingentes.

Argumentei ainda que essa ênfase atual da pílula como conectada a demandas feministas se dá graças ao discurso hegemônico atual em relação à contracepção e à saúde reprodutiva. Pelo menos até certo ponto, há um alinhamento entre as mobilizações feministas em torno das liberdades e direitos reprodutivos com o processo pelo qual a saúde passa a ser considerada responsabilidade do indivíduo, que deve atuar para, munido de informações e recursos, investir em sua saúde e realizar as melhores escolhas. Com o desenvolvimento da biomedicalização, discussões em torno dos riscos e benefícios dos contraceptivos passam a ser centrados mais nas usuárias que nas questões populacionais, pelo menos no âmbito mais oficial.

Por fim, destaquei ainda a imbricação da história da ginecologia, da indústria farmacêutica e dos hormônios para a viabilização dos contraceptivos orais combinados e da medicalização e feminização da contracepção. Foi a história dessas relações, junto da posterior circulação do dispositivo, que fez com que os hormônios estrógeno e progesterona se tornassem mais conectados à mulheridade, semiótico materializando-a em associação a tais hormônios. Além disso, ao ligar sua eficácia e simplicidade à ginecologia, a pílula deu autoridade e alcance à disciplina, fazendo da contracepção uma de suas funções mais reconhecidas. Dada a ligação histórica entre a pílula e a ginecologia, a associação da primeira à liberdade e a direitos também pode ser compreendida como uma defesa da segunda.

No segundo capítulo, demonstrei como as práticas da ginecologia hegemônica promovem o enfraquecimento da associação das pílulas de terceira e quarta geração a maior risco de TEV quando em comparação às de segunda. Isso é feito a partir da ênfase nos resultados controversos de diferentes publicações e da indiferenciação entre diferentes tipos de estudos, além da seleção de artigos específicos ou de dados presentes neles, da organização dos

argumentos de forma a modificar a ordem temporal das publicações e da invisibilização de publicações mais recentes. Da mesma forma, há também o enfraquecimento da associação de todas as pílulas à gravidade do risco de TEV a partir de um enquadramento evolutivo que separa todas as pílulas presentes hoje no mercado daquelas de primeira geração. Enquanto aquelas são reconhecidas como perigosas, as atuais são apresentadas como muito seguras.

Por outro lado, identifiquei um fortalecimento da associação das pílulas de terceira e quarta geração aos “benefícios extracontraceptivos”. A apresentação dessa associação, destacada em meio as afirmações sobre o risco de TEV das pílulas que sugerem uma história da “evolução” do medicamento, apaga que as últimas melhorias em relação a esse risco se deram nos anos 1970 e 1980, com as diminuições nas doses de estrogênio e com a utilização do levonorgestrel. Se há mudanças nas pílulas de terceira e quarta geração quanto ao risco de TEV, tudo indica que foram no sentido contrário, mas essa informação é suplantada pela indicação de seus “novos benefícios”. Além disso, se os interesses das potenciais usuárias são traduzidos como sendo a exigência de “benefícios extracontraceptivos” sobre a pele, para ficar em um exemplo, a própria modelação material da pílula acaba por privilegiar a potência estrogênica (e o potencial aumento de risco de TEV), já que essa é a conexão - potência estrogênica, risco de TEV e melhoria da pele - que vem sendo produzida pela ginecologia-indústria farmacêutica.

Demonstrei ainda que o desenvolvimento de novos progestagênios sem resíduo androgênico e com maior potência estrogênica nos anos 1980, apesar de justificado pelo receio em torno do risco aumentado de trombose arterial, teve relação também com a associação entre estrogênio, seus efeitos (na pele, cabelo e na diminuição dos pelos) e mulheridade. Desde o seu lançamento, essas novas pílulas foram promovidas em associação à redução da acne e dos pelos. Não coincidentemente, acne e pelos são características associadas aos androgênios e também à hombridade. Nesse sentido, aprimoramentos marcados pelo aparato de gênero são incorporados no próprio desenvolvimento das pílulas e na sua promoção. É necessário levar em conta ainda que todas as pílulas combinadas diminuem a circulação dos androgênios, mesmo quando se trata das pílulas com progestagênios com propriedades androgênicas (segunda geração). Ou seja, tais progestagênios, quando em associação aos estrogênios, não são suficientes para aumentar a circulação androgênica nos corpos e, pelo contrário, qualquer pílula combinada, independentemente da geração, diminui a quantidade de androgênios em circulação. Ainda assim, parece haver resistência, desde os anos 1950, em aceitar a possibilidade de se inserir compostos com atividades androgênicas nos corpos associados à mulheridade, mesmo que o

efeito em associação ao estrogênio seja reduzir androgênios. Nesse sentido, parece não se tratar apenas de reduzir os androgênios circulantes nos corpos marcados como “femininos”, mas de reduzir o máximo possível. Por outro lado, parece haver alguma insistência em relação aos compostos estrogênicos, mesmo com seus riscos associados bem estabelecidos e mesmo que seu efeito não seja contraceptivo.

No terceiro capítulo, descrevi diferentes enquadramentos diagnósticos e soluções sugeridas por ginecologistas para as controvérsias em torno da associação das pílulas combinadas ao risco de TEV. A fim de comparação, comparei três “círculos” de práticas da ginecologia: um primeiro, mais próximo à Febrasgo e à Sogesp; o segundo, ligado ao XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e à Sogirgs e, por fim, um último círculo que chamei de “ginecologia feminista”, mais questionador quanto às prescrições de contraceptivos atuais.

No primeiro, também mais próximo à indústria farmacêutica, a responsabilidade pelas recentes controvérsias é atribuída à imprensa tradicional, às mídias sociais, à desconfiança das mulheres em relação a seus médicos e à falta de conhecimento e de comunicação sobre riscos. Nesse círculo, “as mulheres”, enquadradas como excessivamente cautelosas ou imprudentes quanto o uso de hormônios, são apresentadas como influenciadas pelas “mídias”, não sendo atribuída influência sobre tais práticas aos médicos ou à indústria. Assim, elas também não circulam como responsáveis em relação às suas ações, mas sobretudo como vítimas da atuação das mídias e da falta de conhecimento. Nesse sentido, não seriam elas que fariam pressão sobre os médicos mas as “mídias sociais”. Além disso, os ginecologistas são apresentados como sendo “bombardeados pela indústria, pelas evidências e pelas mídias sociais”, também aparecendo como vítimas, portanto, das empresas farmacêuticas e das pesquisas epidemiológicas, além das mídias sociais. Já a insegurança entre os próprios ginecologistas quanto aos riscos de TEV associados à pílula é pouco enfatizada.

Além disso, o “ginecologista moderno” aparece como um tradutor e intérprete dos riscos epidemiológicos de forma “acessível” às pacientes. Busca-se mostrar aos ouvintes qual é a forma “correta” de interpretar esse risco, que deve ter o objetivo de “tranquilizar” e “motivar” as mulheres a ficarem seguras. Essa forma, portanto, é apresentada como aquela que coloca o risco “em perspectiva” e que mostra que as pílulas são seguras; é a comunicação da existência de risco sem “passar o receio”. O primeiro passo para isso, no entanto, é convencer os próprios médicos da segurança das pílulas. Assim, as estratégias empregadas para convencer as potenciais usuárias da segurança do dispositivo são primariamente utilizadas para convencer os próprios ginecologistas.

A primeira dessas estratégias é a diferenciação entre risco relativo, absoluto e atribuível e a indicação da forma em que o risco deve ser explicado às pacientes - sempre em termos de risco absoluto ou atribuível. A necessidade de se tratar do risco dessas formas é justificada em termos da maior aceitação da pílula quando inserida nesse quadro. Há, nessa direção, investimento em pesquisas sobre os efeitos que os diferentes enquadramentos de risco têm nas decisões das pacientes. Não se trata, portanto, apenas de quantificar o risco, mas de qualificá-lo como “baixo” e “aceitável” para os médicos ouvintes e para as potenciais usuárias.

Outra estratégia que aparece é a comparação do risco de TEV associado às pílulas combinadas com o risco de TEV na gravidez e no puerpério, que performa a gravidez como um estado necessário da mulheridade e como um padrão com o qual se deve comparar o risco associado às pílulas. Além disso, naturaliza apenas duas possibilidades para as mulheres “em idade reprodutiva”: a gravidez ou o uso de pílulas anticoncepcionais. Não se considera, nessa comparação, a diferença entre os benefícios de uma gravidez desejada e do uso das pílulas - que não são a única forma de contracepção disponível - nos enquadramentos produzidos por aquelas que vivenciam tais situações.

Ademais, uma certa biologização da mulheridade e o estabelecimento de uma relação de continuidade performada entre estrogênio, a mulheridade e o risco de trombose também é expressa. Nesse sentido, a naturalização da relação entre estrogênio e mulheridade viabiliza o aumento desse hormônio em seu corpo como “aceitável”, independentemente dos riscos acarretados. Nessa mesma direção, enquanto as comparações com os riscos de outros métodos contraceptivos não ganham visibilidade nesse círculo, reitera-se a impossibilidade de risco zero de trombose associado à mulheridade. A ênfase na impossibilidade de risco zero aparece também a partir de comparações do risco de TEV no uso de pílula com os riscos da aspirina, um medicamento tomado como padrão de segurança, e com outras práticas tidas como triviais, como tabagismo, obesidade, voos longos, grandes períodos de tempo na mesma posição, ambos servindo ao propósito de minimizar o primeiro. A adição desses elementos na análise do risco também acaba por produzir incerteza quanto à associação das pílulas ao risco de trombose, já que são apresentados como “fatores confundidores”. Dessa forma, produz-se a possibilidade de deslocamento do risco para a usuária e seu estilo de vida.

Ainda nesse sentido, a importância da comunicação do risco aumentado de TEV associado às pílulas combinadas, bem como as falhas nessa comunicação, parecem ser reconhecidas na medida em que a forma que esse risco deve ser apresentado é tão enfatizado. Mas, apesar da admissão de que essa é a maior reclamação das mulheres que vêm a sofrer de

TEV - não terem sido avisadas quanto ao risco -, essa falta não é inserida como um problema no enquadramento diagnóstico das controvérsias produzido nesse círculo.

Outro tema que apareceu como controverso foi a necessidade ou não de exames de trombofilia para prescrição de pílulas. Enfatizando a dispensabilidade desses exames, o círculo afirma a suficiência da avaliação médica. Da mesma forma que em relação à comunicação dos riscos, parece haver a pressuposição de que tal avaliação é sempre realizada pelos médicos, já que uma possível falha nesse sentido não é abordada. Os argumentos mais comuns contra a realização dos exames citam a raridade da condição e o seu alto custo, que fazem referência, portanto, a uma racionalidade econômica de “custo-efetividade” aplicada principalmente nos sistemas de saúde centralizados.

Além disso, enfatizaram a separação entre o diagnóstico de trombofilia e a ocorrência de TEV, com o argumento de que há sobreposição em apenas metade dos casos. Dessa forma, o diagnóstico não traria garantias em nenhum dos sentidos. Assim, entendem que os possíveis riscos dos exames de trombofilia - o principal citado é o “estigma” que impede a potencial usuária de usufruir dos benefícios das pílulas - seriam maiores que os do próprio exame - evitar a ocorrência de trombose -, já que seus resultados não trariam certezas. Isso faz com que os próprios benefícios das pílulas entrem na balança pesando contra os exames e a favor da possível prescrição mesmo em casos onde o risco é possivelmente maior que a média. Ainda, não se supôs que esse sopesamento deva ser feito pela usuária em potencial. Outro argumento que apareceu ainda na defesa da dispensabilidade de tais exames foi a defesa da capacidade médica de fazer a seleção adequada das pacientes, sublinhando a importância de identificação da paciente “em risco” e subestimando a importância do risco para as usuárias não marcadas como tal. Ao mesmo tempo, quando se referem a casos de trombose em pessoas até então consideradas saudáveis, mas nas quais retrospectivamente se identifica uma trombofilia genética, atribui-se a ocorrência da doença à condição e não à falha na avaliação médica.

Vimos, no entanto, que grande parte dos ginecologistas ouvintes pareceu ser mais favorável à realização dos exames de trombofilia. Afinal, são os médicos clínicos, e não os epidemiologistas, que lidam com as pacientes em caso de ocorrência de TEV ligada ao uso de anticoncepcionais. Embora os médicos mais próximos da Febrasgo entendam que o ginecologista deve atuar dessa forma, a prática clínica atua em circunstâncias diversas e pode ter outras prioridades.

Chamei atenção, por fim, para a ausência de destaque para as contraindicações das pílulas combinadas nas apresentações desse círculo, reforçando a hipótese de que uma falha

médica nesse sentido não é reconhecida como possibilidade. Da mesma forma, a orientação antecipatória quanto aos sintomas de TEV, a fim de que, em caso de ocorrência da doença, a usuária de pílula possa buscar atendimento o mais cedo possível, também não ganha muita ênfase, aparecendo apenas no documento de recomendações da Febrasgo. Finalmente, da mesma forma, a ausência de destaque na comparação com outros métodos, bem como qualquer ênfase na necessidade de a escolha ser da paciente, também foi identificada.

O segundo círculo que descrevi no terceiro capítulo, em torno do XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia realizado em 2018 em Porto Alegre, foi uma configuração um pouco mais distante da Febrasgo. Em comparação com o primeiro círculo, busquei chamar atenção para algumas diferenças nos enquadramentos diagnósticos das controvérsias produzidos nessa configuração. Há maior reconhecimento da contribuição médica para o quadro e da legitimidade do questionamento das mulheres quanto ao direito delas de decidirem sobre os métodos, ainda que suas motivações não sejam compartilhadas com os médicos. Ainda que a “informação” seja também central aqui, enfatiza-se a necessidade de respeito às escolhas, à proposição de alternativas que se adequem às vidas das pacientes e à divisão de responsabilidades (quanto ao risco) com os homens. Aparecem de forma mais significativa, ainda, a apresentação de métodos como os preservativos e as práticas de percepção da fertilidade, que não são citados como possibilidades no primeiro círculo.

A partir da análise das entrevistas, descrevi ainda outras possibilidades de enquadramentos diagnósticos das controvérsias em torno das pílulas, bem como soluções apresentadas para elas; algumas se aproximam mais das propostas pelo círculo mais próximo à Febrasgo e outras menos. Quanto ao enquadramento diagnóstico, por exemplo, alguns se referiram à contribuição da mídia para o aumento da preocupação das mulheres, mas também se reconheceu que as razões das preocupações das mulheres pudessem ser outras, como o medo de trombose e a busca por saúde, bem-estar e minimização dos efeitos colaterais. Além disso, reconheceu-se que é comum que os médicos não apresentem todos os métodos contraceptivos disponíveis, seus riscos e taxas de falha, e que isso contribuiu para que as mulheres se sentissem enganadas quando souberam sobre o risco de TEV.

Quanto às soluções propostas, afirmou-se, da mesma forma que no primeiro círculo, a importância de os ginecologistas explicarem o “risco real” e sua “significância” (baixa) à paciente. Apareceram também as comparações com as pílulas do passado, com o risco de TEV na gravidez e puerpério e a ênfase no (baixo) risco absoluto. Contudo, houve maior ênfase na necessidade de se respeitar as decisões das pacientes caso não queiram fazer uso de hormônios

e se reconheceu que o “ideal” seria ter mais tempo com cada paciente. Houve ainda exemplos de médicos que sublinharam, inclusive, que cabe à paciente estabelecer se tal risco é alto ou baixo e que a comparação com TEV na gravidez nem sempre era cabida. Nesse sentido, pareceu haver mais espaço para que aquelas que buscam por um método contraceptivo acrescentem outros elementos de suas vidas à análise de segurança que fazem dos dispositivos.

Por fim, nas apresentações e entrevistas do segundo círculo, percebemos que, em geral, a forma de contracepção não hormonal reconhecida como legítima é o DIU de cobre. Contudo, dificilmente é citado espontaneamente, aparecendo principalmente como alternativa para aquelas que recusam as pílulas. É comum, da mesma forma que no primeiro círculo descrito, que entendam que as mulheres deveriam ter consultas ginecológicas para uma melhor decisão a respeito do método contraceptivo (ou mesmo para interromper o uso). Com isso, reafirma-se ao mesmo tempo que o problema não é a pílula, mas a falta de acompanhamento médico, o mesmo argumento presente nas primeiras controvérsias no fim dos anos 1960.

Finalmente, descrevi ainda no terceiro capítulo alguns dos enquadramentos diagnósticos e soluções propostas por um círculo ainda mais distante do circuito hegemônico da ginecologia, que chamei de círculo da ginecologia feminista. Essas descrições serviram como contraste a fim de iluminar aspectos e considerações que são excluídos dos âmbitos mais “oficiais” da ginecologia, que acabam por ficar de fora da análise de segurança das pílulas anticoncepcionais. Nesse enquadramento, ainda que se entenda também que ginecologistas devam atuar como “tradutores de evidências”, outros elementos são incluídos como “evidências”, como os relatos de vítimas de trombose. Essas atuações apontam para a falha médica em vários aspectos que receberam menos ênfase nas outras apresentações: na comunicação de riscos e efeitos colaterais das pílulas, na avaliação criteriosa de risco antes da prescrição, na apresentação de métodos contraceptivos não hormonais, na orientação sobre sintomas de TEV, no diagnóstico precoce da doença, na oferta de exames de trombofilia e na escuta para os efeitos colaterais relatados. A própria Anvisa também apareceu como falhando tanto em fiscalizar a prescrição adequada quanto com seu sistema de notificação dos efeitos adversos. Reivindicam, ainda, mais pesquisas realizadas no Brasil sobre a associação entre pílula e risco de TEV e outros efeitos colaterais ainda não reconhecidos oficialmente.

Não apenas se chama a atenção para a invisibilidade relativa do DIU de cobre e das práticas de percepção da fertilidade, mas também o reforço, no Brasil, da “obrigatoriedade feminina para a contracepção”. Apontam, assim, para o problema que uma avaliação de risco centrada no indivíduo (e não compartilhado) constitui: enquanto os efeitos na saúde dos contraceptivos

masculinos sempre foram comparados apenas com as condições de homens saudáveis, no caso das mulheres, eles são calculados em comparação ao risco de gravidez, aborto, além de outros riscos “sociais” e “psicológicos” ligados à gravidez indesejada.

Entre as reivindicações desse círculo, apareceu ainda o pedido que a comunicação sobre o risco de TEV seja feita na embalagem do medicamento em questão, uma estratégia que busca diminuir a dependência dos médicos, a quem é atribuída a responsabilidade por essa comunicação. Da mesma forma, demandou-se que a notificação da TEV à agência sanitária seja obrigatória para os médicos, o que os vincularia de maneira mais direta a esses casos, inclusive com registro público. É uma forma de responsabilizá-los e torná-los mais cuidadosos com as prescrições de pílulas. Percebeu-se, assim, as diferenças com os enquadramentos apresentados nos congressos nos quais poucas falhas médicas são reconhecidas como causas das controvérsias em torno do risco de TEV associada ao uso de pílulas anticoncepcionais combinadas. Em geral, enquanto os ginecologistas mais próximos à Febrasgo insistem em diagnosticar um “superdimensionamento” desse risco, o círculo mais próximo à ginecologia feminista diagnostica um “superdimensionamento” dos benefícios em detrimento dos riscos.

Foi possível perceber ainda como o acréscimo da experiência de mulheres vítimas de trombose por conta das pílulas anticoncepcionais modificou o enquadramento que se pretendia purificado por meio das estatísticas e da epidemiologia. Ao colocar em cena mulheres jovens mortas ou em estado vegetativo, bem como quando se apresenta o que é uma vida com sequelas de trombose, não é mais tão simples manter a caixa-preta do “risco aceitável” bem fechada.

No quarto capítulo, não tratei especificamente das pílulas anticoncepcionais, mas chamei atenção para uma questão implícita presente nas apresentações: a missão, atribuída aos ginecologistas, de evitar a gravidez não planejada e, em certa medida, também a gravidez que se pressupõe “de risco” mesmo quando planejada, nos grupos tidos como “vulneráveis”. Nesse sentido, argumentei que o aumento das práticas de recusa às pílulas anticoncepcionais têm contribuído, indiretamente, com a promoção dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração.

Primeiramente, demonstrei como o DIU de cobre, embora seja o contraceptivo não hormonal mais indicado pelos ginecologistas com que trabalhei, enfrenta resistências por parte de médicos quanto a seu uso. Vimos que há um empenho de médicos próximos a Febrasgo em convencer e convocar os ginecologistas a quebrarem algumas barreiras, que incluem a objeção à colocação do DIU de cobre em nulíparas, a falta de treinamento e prática em sua inserção, além de problemas de infraestrutura no SUS. Mostrei como esse empenho das associações de



ginecologia na promoção do método se deu, sobretudo, quando as apresentações privilegiavam a “saúde pública”, na qual a importância dos LARCs parece ser enquadrada como mais importante.

Contudo, os LARCs hormonais (o implante e o SIU hormonal) são promovidos como ainda melhores que o DIU de cobre. Em comparação às pílulas, argumenta-se que contêm menos hormônios (apenas progestagênio), não aumentam o risco de trombose e têm maior eficácia por não dependerem da motivação da usuária. Já em comparação ao DIU de cobre, entende-se que são preferíveis pela possibilidade de diminuir ou até suspender os sangramentos menstruais. Mas ainda que efeitos colaterais sejam também abordados, o principal critério que coloca os LARCs como superiores às pílulas e a qualquer outro método contraceptivo é a eficácia. Repetiu-se em diferentes ocasiões que há uma tendência de recomendação dos LARCs como primeira linha de contracepção, principalmente para adolescentes e jovens (implícito também que principalmente entre pobres). Argumentou-se que o objetivo era que tais dispositivos viessem a ocupar o lugar da pílula, que hoje é o método mais utilizado, deixando aquela apenas para os casos em que seus “benefícios extracontraceptivos” fossem necessários.

Embora qualquer gravidez não planejada seja associada a riscos à saúde (morbimortalidade materna e fetal, aborto), sociais, econômicos, emocionais e de “saúde pública”, foi principalmente a gravidez na adolescência que foi repetidamente enquadrada como de maior risco social e econômico. Implicitamente, supunha-se que a gravidez na adolescência é sempre não planejada e se dá na pobreza, já que é frequentemente associada à “perpetuação da pobreza”. Ainda que eventualmente se reconheçam os diversos fatores que contribuam para a gravidez na adolescência, a solução apresentada nos círculos da Febrasgo se concentrava na oferta dos LARCs. A discussão sobre a legalização do aborto, responsabilidade dos homens, educação sobre sexualidade e relações de gênero, combate à violência de gênero, distribuição de renda, aumento da oferta de creches e outras formas de apoio para que as adolescentes não abandonem a escola, acolhimento e programas contra o preconceito que essa adolescente poderia vir a sofrer não apareceram. Os vieses de raça e classe presentes nesse tipo de solução podem impossibilitar a autonomia reprodutiva de algumas de suas usuárias.

Nesse sentido, argumentei, na mesma linha que Brandão e Cabral (2021), que essas atuações de promoção de LARCs contribuí para um quadro de coerção contraceptiva, na medida em que são dirigidas a grupos específicos de mulheres em condições precárias (nos casos analisados, adolescentes, mulheres em situação de rua e dependentes químicas), nas quais fazer frente ao poder médico e estatal, caso não desejem os métodos recomendados, seria

particularmente difícil. Da mesma forma, segui a argumentação de Brandão (2019) de que tais práticas materializam a “mulher jovem” como incapaz de se cuidar ou seguir as prescrições médicas em relação à contracepção, especialmente aquela em situação de vulnerabilidade. A apresentação dos LARCs como tendo como benefício a não dependência da “disciplina da mulher” invisibilizaria, assim, os problemas que as mesmas características poderiam vir a acarretar. Da mesma forma, a ideia de que poderiam ser “esquecidos” após a inserção também é negligente ao não levar em conta a necessidade de acompanhamento clínico que o método implica durante os anos de uso, já que há a possibilidade de efeitos colaterais e mesmo de deslocamento do dispositivo. Ainda, a atribuição da responsabilidade pelo “fracasso” contraceptivo às mulheres desconsidera a possibilidade de que os próprios efeitos colaterais sejam um empecilho na continuidade do uso. Reduzir a adesão a um problema individual é, mais uma vez, fechar os olhos para a importância das práticas sexuais e das relações de gênero, bem como outras circunstâncias relacionadas à (in)justiça reprodutiva e às desigualdades.

No tocante à biomedicalização estratificada, com a qual a produção de “grupos de risco” acaba por colaborar, argumentei que está intimamente ligada também à lógica de antecipação que dá a essas práticas dimensão temporal alargada (Adams, Murphy e Clarke 2009; Clarke et al, 2010; Murphy, 2017). Nesse sentido, tal antecipação está presente tanto nos enquadramentos populacionais quanto na pressão que se faz nas adolescentes para planejamento de seus futuros em uma direção determinada, como vimos nos argumentos baseados no aumento da produtividade e na expectativa financeira em torno do impedimento desses nascimentos de mães adolescentes que vêm tanto de posições do governo federal quanto da Febrasgo.

Outro ponto fundamental que busquei demonstrar foi a participação da indústria farmacêutica também nessa promoção dos LARCs hormonais na saúde pública e privada. Essa participação se dá a partir de patrocínio e formulação de pesquisas específicas no Brasil que partem de enquadramentos que favorecem a venda de seus métodos contraceptivos, da doação para diferentes ambulatórios de planejamento familiar associados a universidades públicas, de acordos com instituições do Executivo e do Judiciário e do pedido direto de inserção no SUS de seus métodos. A mediação da Febrasgo, nesse sentido, se mostrou fundamental. Vimos que parte significativa da sua Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção atuou em conjunto com a indústria de diferentes formas, não apenas como promotores de seus contraceptivos, mas também emprestando sua autoridade científica na produção de artigos e via atendimento contraceptivo nos ambulatórios que coordenam. Também demonstrei que as posições oficiais da Febrasgo se alinham com interesses dessa indústria, como no caso do

pedido de inserção no SUS do SIU hormonal em 2016 e na defesa da portaria que instituiu os implantes para grupos “vulneráveis” em 2021.

Finalmente, sublinhei como tem se dado a produção e circulação das “percepções das mulheres” e “dos ginecologistas” brasileiros em relação aos contraceptivos a partir de uma pesquisa feita em colaboração com a indústria farmacêutica e integrantes da Febrasgo. Mais especificamente, descrevi uma pesquisa desenhada pela Bayer e realizada com algumas usuárias e ginecologistas do sistema privado em três cidades, que acabou sendo traduzida, por meio de apresentações nos congressos, em evidência dos desejos e conhecimentos “das mulheres e ginecologistas brasileiros”. Nesse sentido, a participação tanto da Febrasgo quanto da indústria se mostrou fundamental na forma como se materializam e circulam, entre ginecologistas que frequentam tais congressos, formas específicas de mulheridade e de ginecologia que vêm a ser privilegiadas em detrimento de outras possibilidades e realidades agenciais. Não é à toa que nos enquadramentos produzidos por essas pesquisas, são apagadas diferenças entre LARCs hormonais (SIU e implante) e não hormonais (DIU de cobre), indicando apenas o desejo “das mulheres” por opções contraceptivas com menor dosagem hormonal. Sendo a Bayer a fabricante do SIU, a pesquisa não passa ao largo do interesse em produzir mulheres e ginecologistas interessados em seu dispositivo contraceptivo.

Assim, embora este capítulo não tenha abordado especificamente a defesa da segurança da pílula anticoncepcional pelas configurações em torno da Febrasgo, ele foi importante por indicar novas tendências no aconselhamento contraceptivo defendido pela associação e por expor um “benefício” da contracepção em geral e a missão da ginecologia em particular que acaba por ficar implícita na defesa dos contraceptivos orais combinados nos outros capítulos: a necessidade de prevenção da gravidez não planejada, principalmente entre jovens. Nesse sentido, quando se reconhece que as pílulas podem não ser a melhor opção para todas as mulheres, é por considerarem que há contraceptivos mais eficazes, e não por conta de seus possíveis riscos e efeitos colaterais.

No quinto capítulo, destaquei os enquadramentos relativos aos efeitos colaterais “menores” das pílulas combinadas, não considerados “riscos”, e a alguns “benefícios extracontraceptivos”. Dissertei, em diálogo com Edmonds e Sanabria (2016) e Rohden (2017), sobre a dissolução das fronteiras entre saúde e aprimoramento no Brasil no caso do uso de diferentes hormônios. Detive-me, no entanto, sobre os enquadramentos das pílulas combinadas na medida em que são a forma de terapia hormonal mais antiga, legitimada e, portanto, associada a maior segurança. Argumentei que os usos dos hormônios para fins de

aprimoramento já estão incorporados nas práticas de saúde reprodutiva chanceladas pela Febrasgo, e não apenas nas práticas mais experimentais descritas por tais autores. Assim, o controle dos sangramentos e os efeitos estéticos, psicológicos e sexuais já são considerados dimensões importantes dos cuidados rotineiros com a saúde da mulher no Brasil também “oficialmente”. Descrevi ainda as aproximações realizadas entre estética e saúde mental e sexual, quando as pílulas são associadas à melhoria da acne, da oleosidade dos cabelos e da apresentação genital que, por sua vez, são associadas tanto à prevenção do risco de depressão e suicídio no caso das adolescentes quanto à promoção da “autoestima sexual”, no caso de algumas pílulas.

Em um sentido contrário, também descrevi práticas associadas à disjunção entre enquadramentos mais tradicionais de saúde e outros em torno do aprimoramento. Seguindo Rohden (2017), que já apontava para como a busca pelo último poderia levar a riscos em relação à saúde ideal e para as diferentes moralidades imbricadas a essas práticas, observei como o primeiro modelo - a “obrigação de ser saudável” - poderia ser associado às preocupações mais tradicionais em torno dos riscos de TEV e efeitos colaterais em geral, no qual parece existir um ideal de saúde permeado por valores como responsabilidade e prudência. Por outro lado, o segundo modelo, “tornar-se sempre melhor”, pode ser aproximado da promoção dos benefícios extracontraceptivos associados às mulheres “modernas”: controle dos sangramentos, ausência de TPM e cólicas, melhora da pele e do cabelo, dentre outros. Defendi que os médicos interpelados têm respondido às preocupações em torno da saúde com o deslizamento para o aprimoramento, com ênfase em categorias mais flexíveis como “bem-estar” e “qualidade de vida”, nas quais os supostos benefícios “extracontraceptivos” das pílulas são mais facilmente incluídos.

Além disso, vimos como a busca pela estabilização de sua segurança torna visível movimentos que enfatizam a necessidade de se “ensinar” as mulheres a reconhecerem os “benefícios extracontraceptivos” das pílulas, fazendo-as associar efeitos considerados positivos ao uso desses dispositivos. Enquanto tais benefícios são apresentados de forma conjunta, seus efeitos colaterais não são enfatizados e, quando aparecem, são discutidos individualmente, na maioria das vezes de forma a relativizá-los. Além disso, com a fronteira performada entre “riscos” e “efeitos colaterais” e com um enquadramento de segurança que inclui os primeiros e não os segundos, cria-se um viés a favor do entendimento da pílula como segura.

Ao mesmo tempo, enquanto se considera tarefa médica fazer as pacientes associarem efeitos positivos ao medicamento, o trabalho de associação dos efeitos negativos ao dispositivo

fica por conta da própria usuária - o que tem acontecido, sobretudo, nos grupos de discussão nas redes sociais. É nessa mesma direção que se orienta que os sangramentos “não programados”, efeitos mais visíveis do uso das pílulas, sejam evitados com o aumento da dose estrogênica. Isso faz com que um efeito considerado negativo seja transformado em um positivo (o sangramento “programado”). Já os efeitos associados à maior dosagem de estrogênio são mais facilmente desconsiderados, já que seus vínculos com a pílula são menos visíveis. Essa invisibilidade está conectada também aos enquadramentos sobre a forma que esses contraceptivos atuam nos corpos. Embora essas usuárias sejam às vezes acusadas de “desconhecimento” do funcionamento das pílulas, não se entende que se trata de uma responsabilidade médica compartilhar seus entendimentos com elas. Também em decorrência disso, não há abertura para participação das usuárias na escolha da pílula, já que se entende que esse conhecimento está apenas no lado dos médicos.

Há ainda outra diferença relevante entre as formas que efeitos colaterais e “benefícios extracontraceptivos” são descritos nessas apresentações. Os efeitos “menores” (náusea, dores de cabeça e nas mamas e inchaços), diferente dos “benefícios extracontraceptivos”, não são discutidos em termos de suas consequências na “qualidade de vida” (“autoestima”, por exemplo) das possíveis usuárias. Nesse sentido, o enquadramento do “aprimoramento” parece servir, sobretudo, para a defesa da segurança da pílula, nunca para questioná-la.

Ademais, nas diferentes apresentações descritas, foi possível ver como o estabelecimento de contornos do que seriam esses “benefícios” contribui para produção de formas específicas da mulheridade, seus desejos e necessidades. Em relação às adolescentes, há, primeiro, uma preocupação ainda maior com a adesão já que é comum que se associe a gravidez na adolescência à inadequação. Aqui, no entanto, por não se tratar de uma discussão de “saúde pública”, essa não pareceu ser a preocupação central. Por um lado, associou-se a adolescência a maior vulnerabilidade a efeitos colaterais derivados da dose estrogênica, já que são “iniciantes” na tomada de hormônios. Por outro lado, quanto ao risco de TEV, as adolescentes aparecem como menos suscetíveis, já que idade seria um fator importante a contribuir para o risco aumentado.

Além disso, a associação das adolescentes à produção e compartilhamento de imagens em diferentes redes sociais produz ainda mais valorização aos “benefícios estéticos” das pílulas combinadas, principalmente daquelas “antiandrogênicas”, que teriam maior efeito sobre a pele, cabelo e peso. Mesmo quando as adolescentes aparecem como questionadoras dos protocolos médicos, isso é atribuído à influência - supostamente errada - desse espaço construído como

homogêneo: as “mídias sociais”, suas “blogueiras” e o Google. Além de serem apresentadas como autocentradas, as evidências científicas não teriam relevância para elas. E apesar de seus questionamentos serem reconhecidos enquanto tais, suas razões são apresentadas como sobretudo preocupações também estéticas, transformadas em fatores de risco para depressão e suicídio. Por outro lado, as apreensões em torno do risco de TEV e outros efeitos colaterais são facilmente desconsideradas ou nem mesmo citadas. Mais que isso, a solução sugerida para tais questionamentos é que os ginecologistas adotem uma postura que não apresente dúvidas sobre os benefícios das pílulas e que faça o mínimo possível de referência a seus riscos. Nesse quadro ainda, tais benefícios deixam de ser necessariamente “extracontraceptivos”, já que são apresentados também como efeitos principais e não como direcionados apenas àquelas que desejam contraceção.

Tais “benefícios extracontraceptivos” são comumente associados às necessidades de uma suposta “nova usuária” ou “mulher moderna”. E não apenas as mulheres são marcadas por esse adjetivo, mas também circulam noções de uma “visão estética moderna” e de “moléculas mais modernas” (que seriam as pílulas com drospirenona). O que eu gostaria de chamar a atenção aqui, portanto, é que qualquer dos “benefícios extracontraceptivos” têm sido vinculados, nos congressos de ginecologia, tanto à “mulher moderna” quanto às pílulas de terceira e quarta “geração”, ainda que nem sempre haja comprovação de uma diferença significativa em relação às de segunda em relação aos efeitos considerados positivos.

Já quanto às noções de “liberdade” e “escolha”, apesar de aparecerem nas propagandas da indústria, são basicamente inexistentes nas apresentações dos especialistas em contraceção para outros ginecologistas. E nessas propagandas, obviamente, tal liberdade e escolha são associadas à contraceção, ao controle dos sangramentos, da TPM e das cólicas, do peso e da estética (traduzida em “autoestima”) em geral, mas nunca ao controle dos riscos de TEV ou de efeitos colaterais como náuseas e dores de cabeça. Da mesma forma, a possibilidade dessa “escolha” é dificilmente legitimada, sendo encarada mais comumente como algo a ser manejado do que respeitado.

Assim, termos como “liberdade” e “escolha” desconsideram as consequências da circulação de enquadramentos específicos de mulheridade que intra-agem não apenas com a prática clínica, mas com a produção e “divulgação” científica, bem como com o marketing farmacêutico em torno das pílulas que, por sua vez, também não são facilmente separáveis. Nesse sentido, a atuação da indústria via patrocínio de pesquisas e de apresentações nos congressos, de doações para diferentes instituições públicas de pesquisa, de distribuição de

presentes, alimentação e brindes nos congressos e nos consultórios, além de outras formas de vínculo criadas entre representantes e ginecologistas, são dignas de nota. Considerando que nomear um efeito de “risco” ou “benefício” é também uma avaliação moral e que essa avaliação não independe das formulações de gênero em jogo, há relativo empenho para estabilização dessas conexões.

Além disso, essas descrições evidenciam a produção de relações específicas entre alguns hormônios e a materialização da mulheridade. A naturalização da diminuição dos androgênios nos corpos marcados como mulheres, fazendo com que os efeitos das pílulas combinadas - já que compostas de “hormônios femininos” - sejam tidos como de baixo risco. Assim, reforçam a desconexão entre mulheridade e androgênios, modificando materialmente os corpos de forma a diminuí-los e, ao mesmo tempo, a conectam ao estrogênio e a seus efeitos na pele e nos cabelos (traduzidos como “beleza” e “autoestima”). Dessa forma, atualizam normas de gênero que, por um lado, reinscrevem as diferenças de gênero em termos corporais e, por outro, ligam a mulheridade à necessidade de ser “bela”. Nesse sentido, mesmo a sua sexualidade é ligada à beleza, já que, de um lado, esse controle da pele, cabelo, pelos e peso é traduzido como melhorando “autoestima sexual” e, de outro, a suposta exposição dos nudes realizadas pelas adolescentes é associada à importância da estética da genitália, que também poderia ser afetada pelo uso das pílulas.

Apesar de a interferência na libido ser ainda hoje uma das principais reclamações das mulheres usuárias de pílulas combinadas e um dos motivos mais recorrentes para a interrupção de seu uso, o tema é pouco debatido nos congressos de ginecologia pesquisados. Em geral, os efeitos na libido são tidos como controversos e contornáveis pelos especialistas em contracepção, já que a “libido feminina” (tida sempre como cis) seria “multifatorial” e só seria possível atribuir à responsabilidade por sua falta à pílula após a conclusão de que não se trata de outras causas. Nesse sentido, ainda, se os androgênios parecem fazer diferença tão significativa na libido masculina, na feminina - pelo menos no período de “vida reprodutiva” - seus efeitos não são considerados relevantes entre ginecologistas especialistas em contracepção. Assim, foi possível supor que a “libido feminina” é associada a outros fatores ou substâncias que não os androgênios (ao estrogênio, como descrevi em um exemplo) ou ela não é considerada tão fundamental como a masculina (e não entra na configuração como aspecto ligado ao “bem-estar” feminino).

Além disso, também chamei atenção para as modificações em torno dos enquadramentos dos sangramentos. Vimos como a promoção das pílulas mais recentes, sejam

aquelas para uso contínuo, flexível ou mesmo aquelas com menores dosagens estrogênicas, tem levado à produção de uma diferenciação entre sangramentos de privação/programados e menstruação. Isso transforma os sangramentos durante o uso da pílula em efeito colateral do medicamento, tornando-os, por um lado, inofensivos, já que seriam efeitos que não indicam riscos à saúde mas algo esperado e, por outro, dispensáveis ou manejáveis com o uso contínuo, flexível ou aumento da dosagem estrogênica. Assim, os sangramentos passam a ser algo a ser controlado pelas “mulheres modernas”, que devem manejá-los de acordo com suas vidas. Ao mesmo tempo, é comum que se associe aos sangramentos - tantos aos menstruais quanto aos de privação - diferentes complicações, que vão desde TPM a inchaço e dores, efeitos que em outros enquadramentos também poderiam ser efeitos das pílulas combinadas.

São práticas semiótico-materiais, enfim, que tendem a reforçar divisão binária e “biologizada” de gênero, ainda que não necessariamente orientada à reprodução. Vimos que quando o aprimoramento é privilegiado em detrimento da contracepção, ainda que se aumente o espaço para o reconhecimento de sexualidades não heterossexuais - já que possibilitam que também façam o uso da pílula para tal fim-, por outro lado, supõe-se as mulheres como sujeitos que priorizam a beleza sobre os riscos à saúde independente de sua sexualidade e de sua necessidade contraceptiva. Da mesma forma, a cissexualidade é sempre pressuposta, já que nunca se trata do uso dos mesmos hormônios para as mulheres trans ou de outros gêneros e que se supõe que sexualidades não heterocissexuais não possibilitam vínculos entre atividade sexual e reprodução.

Busquei ao longo da tese, ainda, chamar atenção para algumas das especificidades das atuais controvérsias e formas de defesa da segurança da pílula em comparação com os anos 1960 e 1970, quando alguns grupos também se engajaram na recusa aos contraceptivos orais e associações médicas responderam, como evidenciei no primeiro capítulo. Nesse sentido, gostaria de destacar os principais pontos que identifiquei. A primeira dessas especificidades diz respeito à própria forma de se contar a história da pílula, associando-a aos direitos e liberdades femininas, como já mencionei acima. Além disso, a relação entre ginecologia, contracepção e pílula anticoncepcional - bem como a medicalização da contracepção e da “saúde reprodutiva” em geral - é muito mais consolidada hoje, tornando a circulação de soluções que passem por fora do âmbito médico mais difícil que nas primeiras controvérsias.

A segunda especificidade que destaco é a diferença nos tipos de progestagênios, com maior variedade de compostos presentes nas pílulas combinadas. Tal aumento da variedade tem como consequências a produção de uma história de “evolução” das pílulas e maior



intensidade nas propagandas devido ao aumento da concorrência. Além disso, os lançamentos de progestagênios antiandrogênicos são uma diferença importante que, apesar de estarem em continuidade com as práticas de reforço do binarismo hormonal e de gênero já presentes nas décadas de 1960 e 1970, buscam provocar mudanças corporais e de gênero ainda mais radicais a partir da diminuição de androgênios em corpos marcados como femininos.

Quanto aos enquadramentos de risco, há algumas semelhanças e diferenças relevantes a serem apontadas em relação a controvérsias passadas. Primeiro, permanece a comparação com a gravidez - seja em relação aos riscos da trombose ou em relação aos riscos advindos de aborto e morbimortalidade materna em geral, além dos “perigos” sociais e econômicos. A diferença crucial, no entanto, é que se antigamente o perigo principal era a “explosão demográfica”, hoje a preocupação é maior em torno da fertilidade diferencial dentro do país, com “grupos de risco” sendo produzidos de forma a desestimular nascimentos de alguns em detrimento de outros. Com cálculos financeirizados e pensados em termos de produtividade, as adolescentes (sobretudo as pobres e não brancas) se tornam um dos alvos principais a partir de uma política de antecipação e economização que não era tão explícita no passado. De toda forma, embora os argumentos tenham se modificado, há continuidade no sentido da reprodução de estigmas de classe e raça que buscam controlar a fertilidade, sobretudo, de mulheres não brancas e pobres.

Há permanências ainda no sentido da constante ênfase na importância do acompanhamento médico para redução dos riscos associados à pílula, ainda que haja outros enquadramentos que são novidade, como a comparação com os riscos de outras práticas como tabagismo e voos de avião e com os riscos de outros remédios como a aspirina. Já uma diferença importante é que as respostas dos médicos - que hoje defendem de forma mais consensual a pílula que no passado - se dão conjuntamente a críticas e a responsabilização pela desinformação direcionada prioritariamente às “mídias sociais”, que aparecem como actante central em seus enquadramentos. Por fim, ainda no tocante à compreensão dos riscos, a recente possibilidade de exames de trombofilia também modifica o quadro de maneira relevante. Com o crescimento da lógica de suscetibilidade baseada em testes genéticos individualizados, a lógica do risco baseada na epidemiologia e sustentada pelos ginecologistas tem sido questionada. Nesse sentido, especificamente, aspectos diferentes da biomedicalização (individualização e aprimoramento) entram em conflito nas práticas relativas às pílulas anticoncepcionais.

Foi possível ainda identificar diferenças relevantes nos movimentos de crítica às pílulas anticoncepcionais recentes quando em comparação com o passado brasileiro. Se no passado, a ênfase era na reprovação das práticas de controle populacional, hoje vemos as abordagens em torno dos efeitos colaterais e das dinâmicas de informação sobre as possibilidades contraceptivas muito mais marcadas. Embora sejam problemas em parte entrelaçados e relacionados a práticas de coerção contraceptiva, parece ter havido um distanciamento da tradição do movimento feminista brasileiro, que nas décadas de 1970 e 1980 tinham a discussão do controle populacional como prioridade. Considerando que tivemos no Brasil diversas comissões parlamentares de inquérito para discussão sobre práticas de controle populacional, hoje vemos um debate mais centrado nos efeitos colaterais e no direito de informação às usuárias de contraceptivos, algo mais parecido com o que aconteceu nas audiências públicas realizadas nos Estados Unidos no final da década de 1960.

O que vimos na audiência pública descrita no terceiro capítulo e nos trabalhos sobre as recusas às pílulas citados no primeiro indicaram a ausência de preocupação com a estratificação da biomedicalização por parte dos movimentos mais recentes. Ainda que o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde seja uma exceção importante junto de outras instituições historicamente consolidadas, o tema passa ao largo da atuação dominante hoje nas mídias sociais e das notícias que têm mais visibilidade nas mídias em geral. A dissociação entre as duas discussões é perigosa na medida em que práticas de recusa às pílulas anticoncepcionais protagonizadas por mulheres escolarizadas e de camadas médias podem contribuir indiretamente com a promoção de LARCs para pessoas vulneráveis, como vimos no quarto capítulo quando as recusas das mulheres também são citadas como importantes no convencimento dos médicos a colocarem mais DIUs. De toda forma, esses movimentos, ao darem maior visibilidade ao risco das pílulas e a seus efeitos colaterais, acrescentam elementos diferentes daqueles colocados por ginecologistas no enquadramento de sua segurança, modificando de maneira importante as discussões e impactando as práticas contraceptivas contemporâneas.

Já em relação às práticas de aprimoramento, há também continuidades e contrastes. Como vimos no primeiro capítulo, já nos anos 1960 se ensaiava a venda de pílulas como de remédios de “estilo de vida”, sendo promovidas como forma de aumentar a feminilidade, o bem-estar e para o controle dos sangramentos, ainda que de forma menos intensa que hoje. Teriam sido as controvérsias em torno da segurança da pílula daquela época que frearam o alcance e reprodução dessa associação nas práticas de promoção dos contraceptivos. Atualmente, no entanto, com o aumento da concorrência e da variedade de pílulas de “novas

gerações”, especialmente as “antiandrogênicas”, a promoção de práticas de aprimoramento e customização se intensificaram sobremaneira.

Dentre os recursos de personalização, entram os diferentes modos de gerenciar os sangramentos, as pílulas para adolescentes ou para a “mulher moderna” que privilegia benefícios estéticos. Surgem conjuntamente, assim, identidades tecnocientíficas associadas a essas pílulas, produzindo subjetividades nas quais o “controle” e a “proatividade” são fundamentais, ainda que nos termos delimitados pelos enquadramentos biomédicos, que incluem a indústria farmacêutica. Dessa maneira, a direção na qual se promove esse aprimoramento é marcada em termos de gênero de forma bastante explícita, considerando estética e controle de sangramentos muito mais próximos ao “bem-estar” das mulheres que a ausência de dores e incômodos que são possíveis efeitos colaterais do medicamento. São práticas diferentes do passado, portanto, no qual a associação das pílulas ao bem-estar, ainda que existente, era bem menos específica e difundida, sendo a contracepção e o combate à “explosão populacional” o foco principal.

São práticas, enfim, também inseridas em dinâmicas de biomedicalização estratificada, já que essas “novas gerações” de pílulas são mais caras e circulam, sobretudo, nos consultórios privados, ainda que também estejam presentes no SUS. Contudo, é necessário sublinhar que a indústria farmacêutica tem sido actante fundamental na produção de conhecimento, na promoção e distribuição de contraceptivos - tanto das pílulas quanto os LARCs - não apenas nos sistema privado, mas também no público, como vimos no quarto capítulo. Embora a relação entre hormônios, ginecologia e indústria tenha se originado no início do século XX, é possível afirmar que essa relação está bastante consolidada atualmente no Brasil e tem seu alcance aumentado a partir de novas tecnologias como a internet e as mídias sociais, além de maior variedade de medicamentos.

Além disso, não é apenas a indústria farmacêutica que tem suas práticas modificadas por conta do aumento da concorrência, mas também os próprios ginecologistas. A circulação de incentivos e advertências aos ginecologistas estimula os médicos a buscarem “conquistar” as pacientes/clientes e os ameaça com a perda delas caso não façam o que elas supostamente querem. Tais práticas apontam para um estímulo de competitividade e para uma dinâmica de livre mercado que incentiva a “venda” de “benefícios extracontraceptivos” a fim de deixar as pacientes (que os médicos aprendem a supor que são “mulheres modernas”) satisfeitas e desestimula o apontamento de seus riscos e efeitos colaterais.

Não se trata, no entanto, de argumentar que as posições dos ginecologistas se reduzem aos interesses da indústria, como se tais médicos ou associações fossem manipulados por ela, mas de reconhecer que são interesses alinhados. Tendo em vista a história da ginecologia, há muito imbricada com a história de promoção dos hormônios e tendo crescido em conjunto com a indústria, argumento que se trata de dinâmicas bastante enraizadas que não podem ser reduzidas à má intenção ou manipulação. Sendo a pílula o dispositivo que, ao emprestar sua eficácia e simplicidade à ginecologia, deu mais autoridade e alcance à disciplina e fez da contracepção uma de suas funções mais reconhecidas, é compreensível que a defesa do medicamento seja em grande parte sobreposta à defesa da disciplina. Além disso, a história específica da ginecologia no Brasil, consolidada por meio da missão voltada à prevenção da gravidez não planejada e suas consequências, acaba por deixar marcas e dificultar o estabelecimento de uma prática mais voltada à justiça reprodutiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, John. Distributing the benefit of the doubt: Scientists, regulators, and drug safety. **Science, Technology, & Human Values**, v. 19, n. 4, p. 493-522, 1994.

ADAMS, Vincanne; MURPHY, Michelle; CLARKE, Adele E. Anticipation: Technoscience, life, affect, temporality. **Subjectivity**, v. 28, n. 1, p. 246-265, 2009.

ALAIMO, Stacy et al. (Ed.). **Material feminisms**. Indiana University Press, 2008.

ALVES, José Eustáquio Diniz; CORRÊA, Sônia. Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo+ 10. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 20, n. 2, p. 129-156, 2003.

ALZUGUIR, Fernanda Vecchi; NUCCI, Marina. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. **Mediações**, v. 20, n. 1, p. 217, 2015.

AZEVEDO, Célia Marinho de. **Onda Negra, Medo Branco: o negro no imaginário das elites século XIX**. 2ª ed. São Paulo: Annablume, 2004.

BARAD, Karen. Getting Real: Technoscientific Practices and the Materialization of Reality. *Differences*, Vol.10, no 2, 1998.

BARAD, Karen. Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. Vol. 28, no 3, 2003.

BARAD, Karen. Performatividade pós-humanista: para entender como a matéria chega à matéria. **Revista Vazantes**, vol. 1 n. 1 2017.

BASTOS, Marcos et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2014.

BHERING, Marcos Jungmann. **Controle da Natalidade no Brasil: um estudo sobre o Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança (1975-1994)**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014.

BOBEL, Chris. **New blood: Third-wave feminism and the politics of menstruation**. Rutgers University Press, 2010.

BORGES, Dain. ‘Puffy, ugly, slothful and inert’: degeneration in Brazilian social thought, 1880–1940. **Journal of Latin American Studies**, v. 25, n. 2, p. 235-256, 1993.

BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE. **The new our bodies, ourselves: A book by and for women**. Touchstone, 1984.

BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antonio; NAKANO, Andreza Rodrigues. Absorção e metabolização dos hormônios sexuais e sua transformação em tecnologias contraceptivas: percursos do pensamento médico no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 107-116, 2017.

BRANDÃO, Elaine Reis. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in) disciplina da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 875-879, 2019.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2673-2682, 2021.

BRASIL. **Resolução RDC nº 96, de 17 de dezembro de 2008**. Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 dez. 2008.

BRIGGS, Laura. **How all politics became reproductive politics**. University of California Press, 2017.

BRITO, Milena Bastos; NOBRE, Fernando; VIEIRA, Carolina Sales. Atualização Clínica. **Arq Bras Cardiol**, v. 96, n. 4, p. e81-e89, 2011.

BUTLER, Judith. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CALLON, Michel. El proceso de construcción de la sociedad. El estudio de la tecnología como herramienta para el análisis sociológico. In: DOMÈMECH, M; TIRADO, F. X. (orgs.) Sociologia Simétrica: ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad. Barcelona: Gedisa, 1998, pp. 143-170.

CAVALIERI, Francine Even de Sousa. A prescrição da pílula anticoncepcional na década de 1960: a perspectiva de médicos ginecologistas. 2017.

CLARKE, Adele. **Disciplining Reproduction**. Berkeley/Los Angeles/Oxford: University of California Press, 1998.

CLARKE, Adele E.; SHIM, Janet; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer; and FISHMAN, Jennifer (eds.). Biomedicalization: Technoscience and Transformations of Health and Illness in the U.S. Durham: Duke University Press, 2010.

CORDOVIL, Daniela. O poder feminino nas práticas da Wicca. **Revista Estudos Feministas**, v. 23, p. 431-449, 2015.

CORRÊA, Sônia. O Norplant nos Anos 90 Peças que faltam. **Estudos Feministas**, p. 86-98, 1994.

CORRÊA, Sônia. Anticoncepcionais injetáveis na perspectiva feminista: o debate histórico e os novos desafios. **Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva**, v. 34, 1998.

CORRÊA, Sônia. From reproductive health to sexual rights achievements and future challenges. **Reproductive Health Matters**, v. 5, n. 10, p. 107-116, 1997.

COSTA, Maria Paula. As histórias de uma “senhora de respeito”: Carmen da Silva e sua presença na seção “a arte de ser mulher”. **Patrimônio e Memória**, v. 6, n. 2, p. 171-195, 2010.

COUTINHO, Elsimar M.; SEGAL, Sheldon J. **Is menstruation obsolete?**. Oxford University Press, 1999.

DE OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas; DA SILVA, Érica Tavares. Dinâmica demografia e urbanização no Brasil: expressões atuais na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Caderno de Geografia**, v. 25, n. 44, p. 27-48, 2015.

DIAS, Tânia Maria et al. “Estará nas pílulas anticoncepcionais a solução?” Debate na mídia entre 1960-1970. **Revista Estudos Feministas**, v. 26, 2018.

DINIZ, Simone Grilo. Cuidando do prazer: do planejamento familiar à contracepção, e da autonomia das mulheres à responsabilidade compartilhada. In: **Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde**. 2000. p. 43-60.

DJERASSI, Carl. The Bitter Pill. **Science**, vol. 245 n. 4916, p. 356–361, 1989.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. Lucas. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 3, p. 105-122, 1999.

DUMIT, Joseph. **Drugs for life: how pharmaceutical companies define our health**. Duke University Press, 2012.

EDMONDS, Alexander; SANABRIA, Emilia. Entre saúde e aprimoramento: a engenharia do corpo por meio de cirurgias plásticas e terapias hormonais no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 1, p. 193-210, 2016.

FARO, Livi Ferreira Testoni de. “**Mulher com bigode nem o diabo pode**”: Um estudo sobre testosterona, sexualidade feminina e biomedicalização. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2016.

FERREIRA, Afrânio Eustáquio et al. Effectiveness of the diaphragm, used continuously, without spermicide. **Contraception**, v. 48, n. 1, p. 29-35, 1993.

FINOTTI, Marta. Manual de anticoncepção. In: **Manual de anticoncepção**. 2015. p. 281-281.

FIOCRUZ. Nacer no Brasil: Sumário executivo temático da pesquisa. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2014.

FLECK, Ludwik. **Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FLEISCHER, Soraya Resende. Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. 2007.

FONSECA SOBRINHO, Délcio da. Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/Fnuap, 1993. p. 81-95

FONSECA, Claudia. Quando cada caso não é um caso. **Revista Brasileira de Educação**, n. 10, p. 58-78, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 1: A vontade de saber**. 4ª ed. Paz & Terra: Rio de Janeiro/São Paulo, 2017.

GEAMPANA, Alina. Risky technologies: Systemic uncertainty in contraceptive risk assessment and management. **Science, Technology, & Human Values**, v. 44, n. 6, p. 1116-1138, 2019a.

GEAMPANA, Alina. “One blood clot is one too many”: Affected vocal users’ negative perspectives on controversial oral contraceptives. **Qualitative health research**, v. 29, n. 10, p. 1519-1530, 2019b.

GILL, Rosalind. Postfeminist media culture: Elements of a sensibility. **European journal of cultural studies**, v. 10, n. 2, p. 147-166, 2007.

GRANT, Linda. Sexing the millennium, a political history of the sexual revolution. **New Statesman and Society**, v. 6, n. 272, p. 37-38, 1993.

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. In: Caderno de formação política do Círculo Palmarino, n. 1. Batalha de Ideias, 2011.

GUBRIUM, Aline C. et al. Realizing reproductive health equity needs more than long-acting reversible contraception (LARC). **American journal of public health**, v. 106, n. 1, p. 18, 2016.

HARAWAY, Donna. Manifesto Ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA, Tomaz Tadeu. (org.) Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, p. 7-42, 1995.

HARDON, Anita. NORPLANT: CONFLICTING VIEWS ON ITS SAFETY AND ACCEPTABILITY. **Issues in Reproductive Technology**, v. 14, p. 1, 1994.

HASSON, Katie Ann. Not a “Real” Period?: Social and Material Constructions of Menstruation. **The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies**, p. 763-785, 2020.

HARTMANN, Betsy. A Womb of One’s Own’. **Hartmann, Betsy, Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control and Contraceptive Choice**, p. 36-54, 1987.

HEINEMANN, Lothar AJ et al. Use of oral contraceptives containing gestodene and risk of venous thromboembolism: outlook 10 years after the third-generation “pill scare”. **Contraception**, v. 81, n. 5, p. 401-407, 2010.

IBGE - Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde - 2019: ciclos de vida**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 139p.



JICK, H. et al. Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 54, n. 1, p. 82-82, 1996.

JICK, Susan S.; HERNANDEZ, Rohini K. Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: case-control study using United States claims data. **Bmj**, v. 342, 2011.

JONES, Laura. Anthropological fantasies in the debate over cycle-stopping contraception. **Women's studies**, v. 40, n. 2, p. 127-148, 2011.

JUNOD, Suzanne White; MARKS, Lara. Women's trials: the approval of the first oral contraceptive pill in the United States and Great Britain. **Journal of the history of medicine and allied sciences**, v. 57, n. 2, p. 117-160, 2002.

KAMMEN, Jessika van; OUDSHOORN, Nelly. Gender and risk assessment in contraceptive technologies. **Sociology of health & illness**, v. 24, n. 4, p. 436-461, 2002.

KLÖPPEL, Bruna. **Aparatos de produção subjetivo-corporais nas práticas de percepção da fertilidade**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, 2017.

KLÖPPEL, Bruna; ROHDEN, Fabíola. Práticas de percepção da fertilidade entre mulheres jovens. **Revista Estudos Feministas**, v. 29, 2021.

KISSLING, Elizabeth Arveda. Pills, periods, and postfeminism: The new politics of marketing birth control. **Feminist Media Studies**, v. 13, n. 3, p. 490-504, 2013.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: dos gregos à Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LARIVÉE, N. et al. Drospirenone-containing oral contraceptive pills and the risk of venous thromboembolism: a systematic review of observational studies. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 124, n. 10, p. 1490-1499, 2017.

LATOUR, Bruno. **Re-assembling the social. An introduction to actor-network theory**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

LATOUR, Bruno. **Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LATOUR, Bruno. **Reagregando o Social: uma introdução à teoria do Ator-Rede**. Tradução: Gilson César Cardoso de Sousa. Salvador/Bauru: Edufba/Edusc, 2012.

LAURING, Julianne R. et al. Combined hormonal contraception use in reproductive-age women with contraindications to estrogen use. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 215, n. 3, p. 330. e1-330. e7, 2016.

LAW, John. **After Method: Mess in social science research**. New York: Routledge, 2004.

LAW, John et al. Modes of syncretism: Notes on noncoherence. **Common knowledge**, v. 20, n. 1, p. 172-192, 2014.

LEBOW, Morton A. The pill and the press: reporting risk. **Obstetrics & Gynecology**, v. 93, n. 3, p. 453-456, 1999.

LIDEGAARD, Øjvind et al. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. **Bmj**, v. 343, 2011.

LOURENÇO, Maria; CASTRO, Mary. **Trabalhadoras domésticas e a covid-19 no Brasil: Encenando resistências, apresentando cenários e desafios**. 2020. Disponível em <<http://flacso.org.br/?publication=trabalhadoras-domesticas-e-a-covid-19-no-brasil-encenando-resistencia-apresentando-cenarios-e-desafios>>. Acesso em 04 de maio de 2021.

LÖWY, Ilana. Universalidade da ciência e conhecimentos “situados”. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 15, p. 15-38, 2000.

MACK, Natasha et al. Strategies to improve adherence and continuation of shorter-term hormonal methods of contraception. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2019.

MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth. Scripting the body: Pharmaceuticals and the (re) making of menstruation. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, v. 34, n. 4, p. 925-949, 2009.

MANICA, Daniela Tonelli. A desnaturalização da menstruação: hormônios contraceptivos e tecnociência. **Horizontes Antropológicos**, vol. 17, n. 35, 2011, pp. 197-226.

MANICA, Daniela Tonelli. **Contraceção, natureza e cultura**: embates e sentidos na etnografia de uma trajetória. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2009.

MANICA, Daniela Tonelli. **Supressão da menstruação**: ginecologistas e laboratórios farmacêuticos re-apresentando natureza e cultura. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2003.

MANICA, Daniela Tonelli. Rudimentos da tecnociência contraceptiva: experimentações, biopolítica e a trajetória de um cientista. **Ciências na vida: Antropologia da ciência em perspectiva**. São Paulo: Terceiro Nome, 2012.

MANICA, Daniela Tonelli; GOLDENBERG, Regina Coeli dos Santos; ASENSI, Karina Dutra. CeSaM, as células do sangue menstrual: Gênero, tecnociência e terapia celular. **Interseções**, v. 20, n. 1, junho de 2018.

MANICA, Daniela; NUCCI, Marina. Sob a pele: implantes subcutâneos, hormônios e gênero. **Horizontes Antropológicos**, v. 23, p. 93-129, 2017.

MANICA, Daniela Tonelli; RAMIREZ-GALVEZ, Martha. Tecnociência, corpos, gênero e sexualidade. **Mediações – Revista de Ciências Sociais**, vol. 20, 2015.

MANICA, Daniela Tonelli; RIOS, Clarice. (In)visible Blood: menstrual performances and body art. **Vibrant – Virtual Brazilian Anthropology**. Brasília, vol. 14, n. 1, jan-abr, 2017.

MARIANO, Miriam. A construção da Síndrome Pré-Menstrual. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro/RJ, 2012.

MARTIN, Emily. The pharmaceutical person. **BioSocieties**, v. 1, n. 3, p. 273-287, 2006.

MARTIN, Emily. Flexible bodies: Science and a new culture of health in the US. **Health, Medicine and Society: Key Theories, Future Agendas**. London: Routledge, p. 123-145, 2000.

MARKS, Lara. **Sexual Chemistry: a history of the contraceptive pill**. EUA: Yale University Press, 2001.

MARKS, Lara. “Not just a statistic”: the history of USA and UK policy over thrombotic disease and the oral contraceptive pill, 1960s-1970s. **Social Science & Medicine**, v. 49, p. 1139-1155, 1999.

MCLAREN, Angus. **Historia de los anticonceptivos: de la antigüedad a nuestros días**. Madrid: Minerva Ediciones, 1993.

MERCKX, Mireille et al. Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice?. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 16, n. 6, p. 418-429, 2011.

MINES CUENYA, Ana. **Prácticas médico-clínicas y ontologías corporales: sus relaciones en los campos de la ginecología, la urología y la sexología médica en Buenos Aires**. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Sociais, Universidade de Buenos Aires, 2019.

MISHELL JR, Daniel R. et al. Combined hormonal contraceptive trials: variable data collection and bleeding assessment methodologies influence study outcomes and physician perception. **Contraception**, v. 75, n. 1, p. 4-10, 2007a.

MISHELL JR, Daniel R. et al. Recommendations for standardization of data collection and analysis of bleeding in combined hormone contraceptive trials. **Contraception**, v. 75, n. 1, p. 11-15, 2007b.

MOL, Annemarie. Política ontológica. Algumas ideias e várias perguntas In: Nunes, João Arriscado e Roque, Ricardo (org.) *Objectos impuros. Experiências em estudos sociais da ciência*. Porto: Edições Afrontamento, 2007.

MONTELEONE, Joana de Moraes. Costureiras, mucamas, lavadeiras e vendedoras: o trabalho feminino no século XIX e o cuidado com as roupas (Rio de Janeiro, 1850-1920). **Revista Estudos Feministas**, v. 27, 2019.

MØRCH, Lina S. et al. Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 377, n. 23, p. 2228-2239, 2017.

MURPHY, Michelle. Immodest Witnessing: The Epistemology of Vaginal Self-Examination in the U.S. Feminist Self-Help Movement. *Feminist Studies*, Vol. 20, No 1, 2004a, pp. 115-147.

MURPHY, Michelle. Liberation through Control in the Body Politics of U.S. Radical Feminism. In: DASTON, Lorraine; VIDAL, Fernando. (Eds.) *The Moral Authority of Nature*. Chicago: The University of Chicago Press, 2004b.

MURPHY, Michelle. *Seizing the means of reproduction.: entanglements of feminism, health, and technoscience*. Durham/London: Duke University Press, 2012.

MURPHY, Michelle. **The Economization of Life**. Durham and London: Duke university Press, 2017.

NUCCI, Marina. Seria a pílula anticoncepcional uma droga de “estilo de vida”? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. *Sexualidade, Salud e Sociedad*, n. 10, abril/2012, pp. 124-139.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde**. Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 5 ed. WHO Press, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Effect of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. **Lancet**, v. 346, n. 8990, p. 1582-1588, 1995.

OUDSHOORN, Nelly. **Beyond the natural body: an archeology of sex hormones**. London: Routledge, 1994.

OUDSHOORN, Nelly. The Decline of the One-Size-All Approach. Or: How Reproductive Scientists Try to Cope with Postmodernity: How Reproductive Scientists Try to Cope with Postmodernity. **The social shaping of technology**, n. 2nd, p. 325-342, 1999.

OUDSHOORN, Nelly. **The male pill: a biography of technology in the making**. Durham: Duke University Press, 2003.

PARKIN, Lianne et al. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. **Bmj**, v. 342, 2011.

PEDRO, Joana Maria. A trajetória da pílula anticoncepcional no Brasil (1960-1980). In: Monteiro, Yara Nogueira (org.). **História da Saúde: Olhares e Veredas**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.

PEDRO, Joana Maria. A Experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**, vol. 23, n. 45, p. 239-260, 2003.

PEREIRA, Pamella Liz Nunes. **Os discursos sobre a pílula anticoncepcional na revista Cláudia no período de 1960 a 1985**. Dissertação (Mestrado em Ciências). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2016.

PETERSEN, Janine. Feminismo e a polêmica da contracepção no Brasil (1970-1980). **Esboços: histórias em contextos globais**, v. 11, n. 11, p. 135-144, 2004.

PETERSEN, Nicole et al. Oral contraceptive pill use is associated with localized decreases in cortical thickness. **Human brain mapping**, v. 36, n. 7, p. 2644-2654, 2015.

PIMENTEL, Ana Cristina et al. A breve vida do Norplant® no Brasil: controvérsias e reagregações entre ciência, sociedade e Estado. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 1, p. 43-52, 2017.

PISSOLITO, Camila. **Um novo capítulo para velhos problemas: o compartilhamento online de experiências e o uso da pílula anticoncepcional**. Dissertação (mestrado) – Divulgação Científica e Cultural. Instituto de Estudos da Linguagem e Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), 2021.

POUND, Pandora et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. **Social science & medicine**, v. 61, n. 1, p. 133-155, 2005.

RÉGIS, Isabel. Contracepção no Dizer Feminista. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, vol. 9, n. 10, p. 43-71, 1991.

ROACH, Rachel EJ et al. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, 2015.

RODRIGUES, Virgínia Squizani et al. Controvérsias em torno da pílula anticoncepcional: usos e recusas do medicamento por jovens mulheres das classes médias urbanas. 2020.

ROHDEN, Fabíola. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio na primeira metade do século XX**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a constituição da diferença entre os sexos. **História, ciências, saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol.15, p. 133-152, 2008.

ROHDEN, Fabíola. Vida saudável versus vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento. **Horizontes antropológicos**, v. 23, p. 29-60, 2017.

ROHDEN, Fabíola. “Os hormônios te salvam de tudo”: produção de subjetividades e transformações corporais com o uso de recursos biomédicos. **Mana**, v. 24, p. 199-229, 2018.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Editora Fiocruz, 2001.

ROHDEN, Fabíola; ALZUGUIR, Fernanda Vecchi. Desvendando sexos, produzindo gêneros e medicamentos: a promoção das descobertas científicas em torno da ocitocina. **cadernos pagu**, 2016.

ROSE, Nikolas. **The politics of life itself**. Princeton University Press, 2007.

ROSE, Nikolas. A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSS, Loretta J. Conceptualizing reproductive justice theory: A manifesto for activism. **Radical Reproductive Justice: Foundations, Theory, Practice, Critique**, p. 170-232, 2017.

SÁ, Ivone Manzali de. " Fito-hormônios": ciência e natureza no tratamento do climatério. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1503-1522, 2012.

SAMPAIO, Juliana Vieira. **Hormônios na produção de modos de subjetivação**: atuando controvérsias. Tese (Doutorado em Psicologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, 2016.

SANABRIA, Emilia. **Plastic Bodies**. Duke University Press, 2016.

SANABRIA, Emilia. From sub-to super-citizenship: sex hormones and the body politic in Brazil. **Ethnos**, v. 75, n. 4, p. 377-401, 2010.

SANABRIA, Emilia. "The same thing in a different box": Similarity and difference in pharmaceutical sex hormone consumption and marketing. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 28, n. 4, p. 537-555, 2014.

SANTANA, Joelma Ramos; WAISSE, Silvia. Chegada e difusão da pílula anticoncepcional no Brasil, 1962-1972: qual informação foi disponibilizada às usuárias potenciais?. **Revista Brasileira de História da Ciência**, v. 9, n. 2, p. 203-218, 2016.

SANTOS, Ananda Cerqueira Aleluia dos. "**Adeus, hormônios**": concepções sobre corpo e contracepção na perspectiva de mulheres jovens. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SCHIEBINGER, Londa. O feminismo mudou a ciência? Bauru, SP: **EDUSC**, 2001.

SCHNEIDER, Clara Maria Muller. **Revisão sistemática da literatura sobre o risco de tromboembolismo associado ao uso de drospirenona, um contraceptivo oral de quarta geração**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Farmácia, UFRGS, 2016.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. A era dos museus de etnografia no Brasil: o Museu Paulista, o Museu Nacional e o Museu Paraense em finais do XIX. **Museus: dos gabinetes de curiosidades à museologia moderna**, v. 2, p. 119-143, 2005.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. Questão racial e etnicidade. **O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)**, v. 1, p. 267-325, 1999.

SEDGH, Gilda; SINGH, Susheela; HUSSAIN, Rubina. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. **Studies in family planning**, v. 45, n. 3, p. 301-314, 2014.

SEEGER, John D. et al. Risk of thromboembolism in women taking ethinylestradiol/drospirenone and other oral contraceptives. **Obstetrics & Gynecology**, v. 110, n. 3, p. 587-593, 2007.

SEHOVIC, Naida; SMITH, Katherine P. Risk of venous thromboembolism with drospirenone in combined oral contraceptive products. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 44, n. 5, p. 898-903, 2010.

SEYFERTH, Giralda. A assimilação dos imigrantes como questão nacional. **Mana**, v. 3, n. 1, p. 95-131, 1997.

SENDEROWICZ, Leigh. "I was obligated to accept": A qualitative exploration of contraceptive coercion. **Social science & medicine**, v. 239, p. 112531, 2019.

SILVA; Nelson do Valle da; BARBOSA, Maria Ligia de O. População e estatísticas vitais. In.: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA et al. **Estatísticas do século XX**. Ibge, 2003.

SKOVLUND, Charlotte Wessel et al. Association of hormonal contraception with depression. **JAMA psychiatry**, v. 73, n. 11, p. 1154-1162, 2016.

SPITZER, Walter O. et al. Third generation oral contraceptives and risk of venous thromboembolic disorders: an international case-control study. **Bmj**, v. 312, n. 7023, p. 83-88, 1996.

STEGEMAN, Bernardine H. et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. **Bmj**, v. 347, 2013.

STEPAN, Nancy Leys. Race and gender: The role of analogy in science. **Isis**, v. 77, n. 2, p. 261-277, 1986.

STOLER, Ann Laura. **Race and the Education of Desire**. Duke University Press, 1995.

TAKESHITA, Chikako. **The global biopolitics of the IUD: How science constructs contraceptive users and women's bodies**. Mit Press, 2011.

TAYLOR, Hugh S.; PAL, Lubna; SELL, Emre. **Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility**. Lippincott Williams & Wilkins, 2019.

THAYER, Millie. Feminismos viajantes: da mulher/corpo à cidadania de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 12, p. 203-249, 1999.

TONE, Andrea. Medicalizing reproduction: The pill and home pregnancy tests. **Journal of sex research**, v. 49, n. 4, p. 319-327, 2012.

VAN HYLCKAMA VLIEG, A. et al. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. **Bmj**, v. 339, 2009.

VAN VLIET, Huib AAM et al. Association between sex hormone-binding globulin levels and activated protein C resistance in explaining the risk of thrombosis in users of oral contraceptives containing different progestogens. **Human reproduction**, v. 20, n. 2, p. 563-568, 2005.

VIEIRA, Carolina Sales; OLIVEIRA, Luciana Correa Oliveira de; SÁ, Marcos Felipe Silva de. Hormônios femininos e hemostasia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, p. 538-547, 2007.

VIGO, Francieli; LUBIANCA, Jaqueline Neves; CORLETA, Helena von Eye. Progestógenos: farmacologia e uso clínico. **Femina**, 2011.

WATKINS, Elizabeth Siegel. How the Pill Became a Lifestyle Drug. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 8, 2012.

WATKINS, Elizabeth Siegel. **On the Pill: A Social history of oral contraceptives, 1950-1970**. JHU Press: Baltimore and London, 1998.

WU, O. et al. Screening for thrombophilia in high-risk situations: systematic review and cost-effectiveness analysis. The Thrombosis: Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS) study. **Health technology assessment (Winchester, England)**, v. 10, n. 11, p. 1-110, 2006.

ZGLICZYNSKA, Magdalena et al. Contraceptive behaviors in Polish women aged 18–35—a cross-sectional study. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 15, p. 2723, 2019.

### Fontes primárias

ABDO, Humberto. Pílula anticoncepcional pode aumentar risco de depressão. **Galileu**, 06 de out. de 2016. Disponível em: <<https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/noticia/2016/10/pilula-anticoncepcional-pode-aumentar-risco-de-depressao.html>>. Acesso em 05 de nov. de 2019.

AGÊNCIA BRASIL. Campanha incentiva escolha segura de contraceptivos. **IstoÉ**, 24 de mar. 2017. Disponível em: <<https://istoe.com.br/campanha-incentiva-escolha-segura-de-contraceptivos/>>. Acesso em 05 de maio de 2019.

ANJOS, Anna Beatriz. Quem decide sobre o corpo das meninas? **Pública**, 29 de mar. de 2019. Disponível em: <<https://apublica.org/2019/03/quem-decide-sobre-o-corpo-das-meninas/>>. Acesso em 12 de ago. de 2020.

ANVISA. **Drospirenona**: risco aumentado de formação de coágulos sanguíneos. 27 de nov. de 2011. Disponível em <[http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_assetEntryId=2919553&\\_101\\_type=content&\\_101\\_groupId=33868&\\_101\\_urlTitle=drospirenona-risco-aumentado-de-formacao-de-coagulos-sanguineos-&redirect=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fresultado-de-busca%3Fp\\_p\\_id%3D3%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3](http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2919553&_101_type=content&_101_groupId=33868&_101_urlTitle=drospirenona-risco-aumentado-de-formacao-de-coagulos-sanguineos-&redirect=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fresultado-de-busca%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3)>



Dview%26p\_p\_col\_id%3Dcolumn-1%26p\_p\_col\_count%3D1%26\_3\_groupId%3D0%26\_3\_keywords%3Danticoncepcionais%26\_3\_cur%3D1%26\_3\_struts\_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26\_3\_format%3D%26\_3\_formDate%3D1441824476958&inheritRedirect=true>. Acesso em 20 de mar. de 2021.

ANVISA. **Contraceptivos Orais Combinados (COCs) de 3ª ou 4ª geração:** riscos de distúrbios trombóticos/tromboembólicos. Atualização das informações. 07 de nov. de 2013. Disponível em: <[http://antigo.anvisa.gov.br/informacoes-tecnicas13?p\\_p\\_id=101\\_INSTANCE\\_WvKKx2fhdjM2&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_pos=1&p\\_p\\_col\\_count=2&\\_101\\_INSTANCE\\_WvKKx2fhdjM2\\_groupId=33868&\\_101\\_INSTANCE\\_WvKKx2fhdjM2\\_urlTitle=contraceptivos-orais-combinados-cocs-de-3-ou-4-geracao-riscos-de-disturbios-tromboticos-tromboembolicos-atualizacao-das-informacoes-&\\_101\\_INSTANCE\\_WvKKx2fhdjM2\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_INSTANCE\\_WvKKx2fhdjM2\\_assetEntryId=2916509&\\_101\\_INSTANCE\\_WvKKx2fhdjM2\\_type=content](http://antigo.anvisa.gov.br/informacoes-tecnicas13?p_p_id=101_INSTANCE_WvKKx2fhdjM2&p_p_col_id=column-1&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&_101_INSTANCE_WvKKx2fhdjM2_groupId=33868&_101_INSTANCE_WvKKx2fhdjM2_urlTitle=contraceptivos-orais-combinados-cocs-de-3-ou-4-geracao-riscos-de-disturbios-tromboticos-tromboembolicos-atualizacao-das-informacoes-&_101_INSTANCE_WvKKx2fhdjM2_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_INSTANCE_WvKKx2fhdjM2_assetEntryId=2916509&_101_INSTANCE_WvKKx2fhdjM2_type=content)>. Acesso em: 20 de mar. de 2021.

ANVISA. **Contraceptivos orais:** risco de eventos adversos tromboembólicos. Atualização das informações às pacientes. 17 de dez. de 2014. Disponível em; <[http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_assetEntryId=2911223&\\_101\\_type=content&\\_101\\_groupId=33868&\\_101\\_urlTitle=contraceptivos-orais-risco-de-eventos-adversos-tromboembolicos-atualizacao-das-informacoes-&redirect=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fresultado-de-busca%3Fp\\_p\\_id%3D3%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-1%26p\\_p\\_col\\_count%3D1%26\\_3\\_groupId%3D0%26\\_3\\_keywords%3Danticoncepcionais%26\\_3\\_cur%3D1%26\\_3\\_struts\\_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26\\_3\\_format%3D%26\\_3\\_formDate%3D1441824476958&inheritRedirect=true](http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2911223&_101_type=content&_101_groupId=33868&_101_urlTitle=contraceptivos-orais-risco-de-eventos-adversos-tromboembolicos-atualizacao-das-informacoes-&redirect=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fresultado-de-busca%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-1%26p_p_col_count%3D1%26_3_groupId%3D0%26_3_keywords%3Danticoncepcionais%26_3_cur%3D1%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26_3_format%3D%26_3_formDate%3D1441824476958&inheritRedirect=true)>. Acesso em 20 de mar. de 2021.

ANVISA. **Anticoncepcionais Orais Combinados: risco de eventos tromboembólicos.** Informações aos prescritores. 01 de jun. de 2015. Disponível em: <[http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_assetEntryId=2912539&\\_101\\_type=content&\\_101\\_groupId=33868&\\_101\\_urlTitle=anticoncepcionais-orais-combinados-risco-de-eventos-tromboembolicos-informacoes-aos-prescritores-&redirect=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fresultado-de-busca%3Fp\\_p\\_id%3D3%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-1%26p\\_p\\_col\\_count%3D1%26\\_3\\_groupId%3D0%26\\_3\\_keywords%3Danticoncepcionais%26\\_3\\_cur%3D1%26\\_3\\_struts\\_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26\\_3\\_format%3D%26\\_3\\_formDate%3D1441824476958&inheritRedirect=true](http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2912539&_101_type=content&_101_groupId=33868&_101_urlTitle=anticoncepcionais-orais-combinados-risco-de-eventos-tromboembolicos-informacoes-aos-prescritores-&redirect=http%3A%2F%2Fantigo.anvisa.gov.br%2Fresultado-de-busca%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-1%26p_p_col_count%3D1%26_3_groupId%3D0%26_3_keywords%3Danticoncepcionais%26_3_cur%3D1%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch%26_3_format%3D%26_3_formDate%3D1441824476958&inheritRedirect=true)>. Acesso em 20 de mar. de 2021.

ARMAS, Eva. Por que as ‘millennials’ estão deixando de tomar a pílula anticoncepcional? **El País**, Madrid, 26 de fev. de 2019. Disponível em:

[https://brasil.elpais.com/brasil/2019/02/26/ciencia/1551209357\\_760518.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2019/02/26/ciencia/1551209357_760518.html). Acesso em 22 de jul. de 2020.

ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (SOGESP). **Chip da beleza** (2m01s). Disponível em: <https://www.sogesp.com.br/canal-saude-mulher/podcast-sogesp/>. Acesso em 25 de abril de 2020.

BAHAMONDES, Luis. Gravidez não planejada: uma epidemia silenciosa. **Folha de São Paulo**, 14 de jan. de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opinia0/2020/01/gravidez-nao-planejada-uma-epidemia-silenciosa.shtml>>. Acesso em: 20 de jan. de 2021.

BRANDALISE, Camila; AMARAL, Ludmilla. Elas dizem não à pílula. **IstoÉ Independente**, 10 de fev. de 2017. Seção Comportamento. Disponível em <https://istoe.com.br/elas-dizem-nao-pilula/>> Acesso em 10 de fev. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Semana Nacional de Prevenção à Gravidez na Adolescência é celebrada com ações de conscientização**. 02 de fev. de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/fevereiro/semana-nacional-de-prevencao-a-gravidez-na-adolescencia-e-celebrada-com-aco-es-de-conscientizacao>>. Acesso em 20 de set. de 2021.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Seguridade Social e Família. **Audiência Pública nº 0787/15**, 09 de jun. de 2015. Disponível em <https://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.asp?etapa=11&nuSessao=0787/15>>. Acesso em 10 de jan. de 2021.

CARTA CAPITAL. **Paro de tomar pílula?** 25 de ago. de 2016. Seção Sociedade. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/paro-de-tomar-a-pilula/>>. Acesso em 10 de abr. de 2020.

COLLUCCI, Claudia. Indústria farmacêutica age como o crime organizado, diz pesquisador. **Folha de São Paulo**, 17 de set. de 2016. Seção Equilíbrio e Saúde. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2016/11/1832841-industria-farmaceutica-age-como-o-crime-organizado-diz-pesquisador.shtml>>. Acesso em: 20 de abr. de 2020.

CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (CBGO) - 57<sup>o</sup> ed. **Anticoncepção hormonal**. O que é real e o que é imaginário? Lunch meeting, 2017.

CONGRESSO PAULISTA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (SOGESP) – 23<sup>a</sup> ed. 23 a 25 de agosto de 2018. Transamerica Expo Center, São Paulo/SP.

COSTA, Carlos Antônio da Costa. Anticoncepcionais. 2021. Disponível em: <http://www.dr-carlos.med.br/anticoncepmed.html>>. Acesso em 10 de fev. de 2021.

DANTAS, Caroline. Uso da pílula anticoncepcional é questionado por mulheres que temem riscos e querem ter o direito de escolha. **Portal G1**, 18 de ago. de 2018. Seção Ciência e Saúde. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/08/17/uso-da-pilula-anticoncepcional-e-questionado-por-mulheres-que-temem-riscos-e-querem-ter-o-direito-de-escolha.ghtml>>. Acesso em 02 de fev. de 2020.

DEMARTINI, Marina. Anticoncepcionais podem estar danificando seu cérebro. **Exame**, 06 de ago. de 2015. Disponível em <<https://exame.abril.com.br/ciencia/anticoncepcionais-podem-estar-danificando-o-seu-cerebro/>>. Acesso em 27 de fev. de 2019.

EDUARDO. A magnitude do TEV na mulher. 04 de agosto de 2018, XXI Congresso Gaúcho de Ginecologia e Obstetrícia.

EFRAIM, Anita. Mulheres buscam alternativas à pílula como método contraceptivo para evitar efeitos colaterais. **O Estado de São Paulo**, 02 de mai. de 2017. Disponível em: <<https://emails.estadao.com.br/noticias/bem-estar,mulheres-buscam-alternativas-a-pilula-como-metodo-contraceptivo-para-evitar-efeitos-colaterais,70001756607>>. Acesso em 10 de jun. de 2019.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY (EMA). **Combined hormonal contraceptives**. Disponível em <<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/referral-procedures/combined-hormonal-contraceptives>>. Acesso em 20 de mar. de 2021.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY (EMA). **PRAC confirms that benefits of all combined hormonal contraceptives (CHCs) continue to outweigh risks**. 11 de out. de 2013. Disponível em <<https://www.ema.europa.eu/en/news/prac-confirms-benefits-all-combined-hormonal-contraceptives-chcs-continue-outweigh-risks#:~:text=The%20EMA's%20Pharmacovigilance%20Risk%20Assessment,continue%20to%20outweigh%20their%20risks>>. Acesso em 20 de set. de 2021.

FEBRASGO. **FEBRASGO lança campanha #VamosDecidirJuntos para escolha mais adequada e segura do contraceptivo**. 23 de maio de 2017a. Disponível em <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/35-febrasgo-lanca-campanha-vamosdecidirjuntos-para-escolha-mais-adequada-e-segura-do-contraceptivo>>. Acesso em 05 de maio de 2019.

FEBRASGO. **Trombose na Mulher: um novo desafio na Ginecologia e Obstetrícia?** 13 de nov. de 2017b. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/214-trombose-na-mulher-um-novo-desafio-na-ginecologia-e-obstetricia>>. Acesso em 10 de maio de 2019.

FEBRASGO. **Uso de 'chip' hormonal para ficar em forma preocupa médicos**. 09 de nov. de 2017c. Disponível em <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/244-uso-de-chip-hormonal-para-ficar-em-forma-preocupa-medicos>>. Acesso em 12 de mar. de /2020

FEBRASGO. **Galeria dos presidentes**. s.d. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/institucional/galeria-dos-presidentes>>. Acesso em 20 de jan. de 2021.

FEBRASGO. **Institucional**. s.d. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/institucional/a-febrasgo#>>. Acesso em 20 de jan. de 2021.

FEBRASGO. Tromboembolismo Venoso e Contraceptivos Hormonais Combinados. **Série Orientações e Recomendações Febrasgo**, v. 4, n. 1, 2016.

FEBRASGO. Nota de Esclarecimento da FEBRASGO sobre colocação de DIU por enfermeiros (as). 17 de dez. de 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/723-nota-de-esclarecimento-da-febrasgo-sobre-colocacao-de-diu-por-enfermeiros-as>>. Acesso em: 20 de ago. de 2021.

FEBRASGO. Posicionamento da FEBRASGO sobre a campanha de prevenção da gravidez na adolescência “Adolescência primeiro, gravidez depois”. 27 de fev. de 2020. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/939-posicionamento-da-febrasgo-sobre-a-campanha-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-adolescencia-primeiro-gravidez-depois>>. Acesso em 20 de set. de 2021.

FERNANDES, César Eduardo. Vamos Decidir Juntos. **É verdade que tomar pílula pode dar trombose?** (1m30s). 05 de jul. de 2017a. Disponível em <<https://vamosdecidirjuntos.com.br/conteudo/videos/e-verdade-que-tomar-pilula-pode-dar-trombose/>>. Acesso em 20 de fev. de 2021.

FERNANDES, César Eduardo. Vamos Decidir Juntos. **Preciso me preocupar se não estiver no grupo de risco de trombose?** (2m14s). 04 de maio de 2017b. Disponível em <<http://vamosdecidirjuntos.com.br/conteudo/videos/preciso-me-preocupar-se-nao-estiver-no-grupo-de-risco-de-trombose/>>. Acesso em 20 de fev. de 2021.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). **Drug Safety Communication. Updated information about the risk of blood clots in women taking birth control pills containing drospirenone.** 4 de out. de 2012. Disponível em: <<https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-updated-information-about-risk-blood-clots-women-taking-birth-control#:~:text=Drospirenone%20is%20a%20synthetic%20version,than%20other%20progestin%2Dcontaining%20pills.>> Acesso em 20 de set. de 2021.

FONTES, Stella. Libbs investe em novo anticoncepcional. **Valor**, 22 de dez. de 2017. Disponível em: <<https://valor.globo.com/empresas/noticia/2017/12/22/libbs-investe-em-novo-anticoncepcional.ghtml>>. Acesso em 20 de fev. de 2021.

GANACIN, Andressa. **Baby nadessa?! Por que parei de tomar anticoncepcional?** (12m06s). 12 de set. de 2017. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=z7mqhIOKt70>>. Acesso em 02 de fev. de 2021.

GERALDO JR. Jovem tem trombose cerebral após uso de pílula, e relato bomba na web. **G1**, 03 de ago. de 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/bauru-marilia/noticia/2016/08/jovem-tem-trombose-cerebral-apos-uso-de-pilula-e-relato-bomba-na-web.html>. Acesso em 20 de fev. de 2021.

HEALTH CANADA. **Yasmin and Yaz (drospirenone): Updated information on increased risk of blood clots.** 05 de dez. de 2011. Disponível em: <<https://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2011/13563a-eng.php>>. Acesso em 20 de mar. de 2021.

LEANDRO. Tromboembolismo venoso e depressão versus pílulas combinadas: como abordar o assunto? Sogesp, 2018.

LISBOA, Ana Paula. Como sair da pílula: Alternativas e riscos de cada contraceptivo. **AzMina**, 03 de abr. de 2017. Disponível em: <<https://azmina.com.br/reportagens/sair-da-pilula-alternativas-e-riscos-de-cada-contraceptivo/>>. Acesso em 15 de fev. de 2020.

MACHADO, Rogério Bonassi. **Benefícios não contraceptivos e segurança dos anticoncepcionais com progestagênios antiandrogênicos** (49m51s). 18 de abril de 2018. Disponível em: <<https://vimeo.com/265387853>>. Acesso em 28 de nov. de 2018.

MACHADO, Rogério Bonassi. Anticoncepção para adolescentes. In: **Atendendo a adolescente no consultório**. Série Orientações e Recomendações Febrasgo, n. 4, 2017a.

MACHADO, Rogério Bonassi. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas. **Série Orientações e Recomendações FEBRASGO**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), n. 1, 2017b.

MACHADO, Rogério Bonassi et al. Effect of information on the perception of users and prospective users of combined oral contraceptives regarding the risk of venous thromboembolism. **Gynecological Endocrinology**, v. 31, n. 1, p. 57-60, 2015.

MACHADO, Rogério Bonassi et al. Tromboembolismo venoso e contraceptivos hormonais combinados. In: FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos Felipe Silva. **Série orientações e recomendações FEBRASGO**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), vol. 4, n. 1, nov. 2016.

MACHADO, Rogério Bonassi et al. Different Perceptions among Women and Their Physicians Regarding Contraceptive Counseling: Results from the TANCO Survey in Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, p. 255-265, 2020.

MACHADO, Rogério Bonassi et al. Women's knowledge of health effects of oral contraceptives in five Brazilian cities. **Contraception**, v. 86, n. 6, p. 698-703, 2012.

MARCELO. Qual a magnitude do risco de câncer de mama com os contraceptivos hormonais? Sogesp, 2018.

MARCELO. Os riscos da contracepção hormonal são superdimensionados? Sogesp, 2019. Acesso em 20 de fev. de 2020.

MARCELO. “Eu não quero hormônios”. Como orientar as pacientes sobre os mitos dos métodos hormonais? Sogesp, 2020. Acesso em 18 de fev. de 2021.

MARTINS, Geiza. Pílula anticoncepcional: elas deixaram o remédio e contam como a vida mudou. **Universa UOL**, 16 de abr. de 2018. Seção Sexo. Disponível em <<https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2018/04/16/pilula-anticoncepcional-elas-deixaram-o-remedio-e-contam-como-a-vida-mudou.htm#:~:text=P%C3%ADlula%20anticoncepcional%3A%20elas%20deixaram%20o%20rem%C3%A9dio%20e%20contam%20como%20a%20vida%20mudou,->>

[Imagem%3A%20iStock&text=Se%20na%20d%C3%A9cada%20de%201960,est%C3%A3o%20abandonando%20esse%20m%C3%A9todo%20contraceptivo>](#). Acesso em 15 de mar. de 2020.

MENEZES, Leilane. Por que as mulheres estão abandonando a pílula anticoncepcional? **Metrópoles**, Bem estar, 10 de jul. de 2016. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/vida-e-estilo/bem-estar/por-que-as-mulheres-estao-abandonando-a-pilula-anticoncepcional>>. Acesso em 10 de agosto de 2017.

MIRANDA, Giuliana. Mulheres largam pílula e convocam parceiros a participar da contraceção. **Folha de São Paulo**, 31 de jan. de 2017. Seção Equilíbrio e Saúde. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/01/1854370-mulheres-largam-pilula-e-convocam-parceiros-a-participar-da-contracecao.shtml>>. Acesso em 20 de ago. de 2020.

MØRCH, Lina S. et al. Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 377, n. 23, p. 2228-2239, 2017.

OPPELT, Patricia G. et al. What do patients want to know about contraception and which method would they prefer?. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 295, n. 6, p. 1483-1491, 2017.

PAINS, Clarissa. Como lidar com o risco (pequeno, mas letal) de desenvolver trombose por causa da pílula. **O Globo Celina**, Rio de Janeiro, 29 de abr. de 2019. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/celina/como-lidar-com-risco-pequeno-mas-letal-de-desenvolver-trombose-por-causa-de-pilula-23624500#:~:text=Durante%20a%20gravidez%2C%20por%20exemplo,%C3%A0%20pena%20correr%20%E2%80%94%20destaca%20ela>>. Acesso em 14 de mai. de 2020.

PEDRO (Coord.); ANDRÉ; DENISE; JÉSSICA (Apres.). **Mesa redonda: “Anticoncepção”**. 02 de ago. de 2018. In.: CONGRESSO GAÚCHO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (SOGESP) – 2 e 4 de agosto de 2018. Hotel Plaza São Rafael, Porto Alegre/RS.

PETERSEN, Nicole et al. Oral contraceptive pill use is associated with localized decreases in cortical thickness. **Human brain mapping**, v. 36, n. 7, p. 2644-2654, 2015.

REDAÇÃO HYPENESS. Guia colaborativo ajuda a encontrar ginecologistas naturalistas, feministas e gay friendly. **Hypeness**, 13 de jan. De 2016. Disponível em: <<https://www.hypeness.com.br/2016/01/guia-colaborativo-ajuda-a-encontrar-ginecologistas-naturalistas-feministas-e-gay-friendly/>>. Acesso em 20 de ago. de 2019.

REUTERS. Estudo reafirma risco maior de câncer de mama em mulheres que usam anticoncepcional hormonal. **G1**, 06 de dez. de 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/estudo-reafirma-risco-maior-de-cancer-de-mama-em-mulheres-que-usam-anticoncepcional-hormonal.ghtml>>. Acesso em 05 de nov. de 2019.

RUSKY, Renata; CABRAL, Ailim. A (nova) revolução dos anticoncepcionais. **Correio Braziliense**, 02 de 04 de 2017. Disponível em: <[https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/revista/2017/04/02/interna\\_revista\\_correi](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/revista/2017/04/02/interna_revista_correi)>

[o,584871/mitos-e-verdades-sobre-a-pilula-anticoncepcional-e-contracepcao.shtml](https://www.globo.com/0,584871/mitos-e-verdades-sobre-a-pilula-anticoncepcional-e-contracepcao.shtml)>. Acesso em 10 de maio de 2019.

SECURA, Gina M. et al. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 203, n. 2, p. 115. e1-115. e7, 2010.

SEGATTO, Cristiane. As vítimas da pílula anticoncepcional. **Época**, 10 de out. de 2014. Disponível em: <<https://epoca.oglobo.globo.com/colunas-e-blogs/cristiane-segatto/noticia/2014/10/vitimas-da-pilula-anticoncepcional.html>>. Acesso em 15 de abril de 2019.

SEGATTO, Cristiane. Quando a pílula anticoncepcional é a pior escolha. **Época**, 27 de mar. de 2014. Disponível em <<https://epoca.oglobo.globo.com/vida/noticia/2015/03/quando-pilula-anticoncepcional-e-pior-escolha.html?fbclid=IwAR0-ngwk5xKzyQozuoOnUrK9xft-kQ3hsjf1SWvRBi4wLUYNNsir3GeHIkY>>. Acesso em 20 de fev. de 2020.

SEGATTO, Cristiane. As vítimas da pílula anticoncepcional. **Época**, 10 de out. de 2014. Disponível em: <<https://epoca.oglobo.globo.com/colunas-e-blogs/cristiane-segatto/noticia/2014/10/vitimas-da-pilula-anticoncepcional.html>>. Acesso em 15 de abril de 2019.

SKOVLUND, Charlotte Wessel et al. Association of hormonal contraception with depression. **JAMA psychiatry**, v. 73, n. 11, p. 1154-1162, 2016.

U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). **FDA Drug Safety Communication: Safety review update on the possible increased risk of blood clots with birth control pills containing drospirenone.** 26 de set. de 2011. Disponível em: <<https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-safety-review-update-possible-increased-risk-blood-clots-birth-control>>. Acesso em 20 de mar. de 2021.

VAMOS DECIDIR JUNTOS - CONTRACEPÇÃO CONSCIENTE (VDJ). 2021. **Pílulas Anticoncepcionais - História.** Disponível em: <<http://vamosdecidirjuntos.com.br/contracepcao/pilulas-anticoncepcionais/>>. Acesso em 12 de jan. de 2021.

VAMOS DECIDIR JUNTOS - CONTRACEPÇÃO CONSCIENTE (VDJ). Trombose. S. d. Disponível em: <<https://www.vamosdecidirjuntos.com.br/trombose.>>. Acesso em 15 de maio de 2019.

VAMOS DECIDIR JUNTOS - CONTRACEPÇÃO CONSCIENTE (VDJ). Trombose venosa: o que você deve saber. S.d. Acesso em 12 de maio de 2021.