UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**A prescrição da pílula anticoncepcional na década
de 1960: a perspectiva de médicos ginecologistas**

Francine Even de Sousa Cavalieri

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título Mestre em Ciências

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristiane da Silva Cabral.

São Paulo

2017

**A prescrição da pílula anticoncepcional na década de 1960: a
perspectiva de médicos ginecologistas**

Francine Even de Sousa Cavalieri

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título Mestre em Ciências

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e
Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristiane da Silva Cabral.

São Paulo

2017

AGRADECIMENTOS

Embora a escrita dessa dissertação tenha significado um crescimento individual, ele só foi possível devido às trocas e ao trabalho coletivo.

Estive “em campo” durante todos esses meses. Cada situação vivida contribuiu para a escrita desse trabalho. Mas devo agradecimento especial às pessoas que estiveram presentes e muito próximas, sem as quais eu definitivamente não teria conseguido.

Agradeço especialmente à minha orientadora, Professora Cristiane da Silva Cabral por todos os ensinamentos durante a pós-graduação. Por sua amizade, seu empenho e atenção ao desenvolvimento desse trabalho que foram essenciais para o meu desenvolvimento como pesquisadora.

Agradecimento especial também é dirigido às professoras que compõe a banca de avaliação dessa dissertação, pela generosidade e disponibilidade para com esse trabalho: Professora Augusta Alvarenga, por suas contribuições desde a qualificação. Foram essenciais suas correções e apontamentos; Professora Elaine Brandão, por suas riquíssimas contribuições acerca do tema e escrita, além de instigar a escrita de novos trabalhos acerca dos desafios metodológicos. Agradeço também a formação durante o curso de extensão, ao qual tive o privilégio de participar na UFRJ; Professora Elizabete Franco Cruz por seus apontamentos coerentes e inspiradores. Por me ensinar de um jeito tão único a escrever e a “bordar” o texto, e por todo o carinho e amor que transmite ao ensinar e a compartilhar seus conhecimentos, obrigada por sua amizade.

À professora Cláudia Janotti Bonan por suas contribuições no exame de qualificação, e pela ajuda com a escolha do objeto dessa pesquisa, contemplado no projeto investigativo sobre contracepção.

Agradeço aos meus pais, Laura e Gilson, mesmo de longe, mantém-se perto durante todas as etapas da minha vida. O amor que recebo de vocês é o que dá sentido a todas as coisas.

Ao meu querido amigo, companheiro e marido Állan. Sem você tudo seria muito mais difícil. Sua força me sustentou por muitas vezes quando achei que não

conseguiria. Além de ser um grande parceiro de discussões, iluminando minha mente com seu sorriso e companheirismo.

Aos meus irmãos, Juninho e Willian, pela parceria, risadas e carinho quando precisei recarregar as energias e pude fazê-la na forma de abraços.

Às minhas cunhadas: Aline que percorreu os caminhos da pós-graduação ao mesmo tempo em que eu, dividindo os desafios dessa jornada. Juliana por suas contribuições na leitura desse trabalho. Karolyne por seu carinho e doçura.

Sou grata imensamente à amizade de minhas queridas parceiras e parceiras, Glauce Soares e Natália Salim, por todo apoio e por sempre estarem comigo, desde o início do mestrado. A companhia de vocês é sempre especial e acalentadora. Obrigada por não desistirem de mim nos momentos mais difíceis, e por acreditarem que eu conseguiria.

Agradeço ao apoio de minha querida Mariana Gervásio pela ajuda e assistência à formatação desse trabalho. Além de toda força e companheirismo de sempre!

À minha querida amiga Jacqueline Brigagão, que tantas vezes desde há muitos anos me socorre, me acolhe e se faz presente. É um privilégio ter sua amizade, você é uma inspiração como professora e educadora. Um exemplo de ética, solidariedade e amor!

À minha amiga parceira Carina Barreto, por sempre se preocupar e dividir os anseios da pós-graduação, além do incentivo ao início de minha carreira como professora.

À professora Roselane Gonçalves Feliciano por sua supervisão durante o Programa de Aprimoramento em Ensino (PAE) com quem eu tanto aprendo, e que representa inspiração como pessoa e parceira.

Sou grata, ao meu professor Edemilson Antunes Campos, por compartilhar seus conhecimentos e me orientar durante minhas primeiras experiências na pesquisa, durante a iniciação científica ainda na graduação. E também a professora Dulce Maria Gualda por todo apoio e inspiração durante o mesmo período.

Agradeço à bibliotecária Gildete da Faculdade de Medicina, por ter me ajudado a encontrar a Revista “G.O” na seção de obras raras da Biblioteca. E também por suas palavras de encorajamento durante o trabalho de campo e por estar sempre tão disposta a ajudar.

A todos os funcionários da Faculdade de Saúde Pública, que me auxiliaram a resolver todas as peripécias do dia-a-dia da instituição.

Aos professores Heloísa Buarque e Júlio Simões pela acolhida na Faculdade de Ciências Sociais e Filosofia da USP e contribuições no estudo de gênero.

Agradeço às minhas queridas: Mônica, por acolher e me encorajar nos momentos difíceis, Bianca Zorzam, pela partilha sobre os enfrentamentos da vida, e a Laís Schiavon, por estar sempre por perto.

À querida Pamela Liz, pelo acolhimento na cidade do Rio de Janeiro durante o curso de extensão, por suas contribuições com o meu desenvolvimento e seu encorajamento. O cair das fichas vieram mesmo ao final, como você disse.

Aos colegas do Departamento de Saúde Pública, Bruna Alonso, Paula Galdino, Paula Morena, Jefferson Silva, Anna Ottoni, Helena, Raquel Zanelato, Raquel Siqueira, Isabella, Alana, Rosário, Marina, Bia Fioretti, Vicente, Leonor. Em especial à Aline por ter me socorrido em um momento de ausência.

Agradeço à equipe da Casa Angela, que no início dessa trajetória me apoiou através de ajustes na escala de trabalho em prol da minha dedicação às aulas. E que me apoiou em minha escolha de dar prioridade à realização do mestrado durante essa fase de minha formação acadêmica, quando optei em me desvincular da instituição. Em especial à gerente de enfermagem Caroline Ferreira que sempre se solidarizou e não mediu esforços para me ajudar nesse desafio.

Agradeço à CAPES que viabilizou, através da bolsa, meus estudos e minha dedicação ao mestrado.

E, finalmente, agradeço aos seis médicos entrevistados nesse trabalho, que cederam suas entrevistas para o estudo e me permitiram conhecer um pouco das suas histórias e vidas.

Muito Obrigada!

CAVALIERI, FES. A prescrição da pílula anticoncepcional nos anos 1960: a perspectiva de médicos ginecologistas. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

RESUMO

Introdução: A prescrição da pílula anticoncepcional passa a ser realizada no Brasil a partir de 1962. Sua prática trouxe transformações políticas e sociais ao país: a pílula passa a ter grande aceitabilidade das mulheres e permanece como o método anticoncepcional mais utilizado por elas até a atualidade. Seu uso influenciou na queda da taxa de fecundidade e compõe, atrelada a uma série de outros fatores, um conjunto de transformações que modifica a formulação de políticas públicas referentes à saúde reprodutiva e à saúde sexual feminina. **Objetivo:** Compreender como a prescrição da pílula anticoncepcional por médicos ginecologistas era realizada no Brasil na época em que começa a ser utilizada no país. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como material empírico as narrativas de seis médicos ginecologistas que atuaram na década de 1960, no estado de São Paulo. **Resultados e Discussão:** A partir das entrevistas, foram identificados quatro eixos temáticos de análise, que contemplaram a descrição sobre o primeiro contato dos médicos com a pílula, seguido das diferentes formas de utilização da pílula anticoncepcional como uma nova tecnologia. Também foi identificada a relação entre a prescrição médica e a indústria farmacêutica, assim como o uso da pílula anticoncepcional e a construção do discurso médico sobre o corpo feminino. Esses achados foram analisados à luz dos estudos sobre medicalização do corpo feminino, e como a sua prescrição foi sendo incluída na clínica médica a partir da década de 1960. **Considerações Finais:** O uso da pílula anticoncepcional apresentou-se como uma nova tecnologia de controle da reprodução e dos corpos femininos. Compreender a história da prescrição da pílula é levar em consideração os múltiplos agentes, interesses e práticas que ainda se inscrevem sobre os corpos das mulheres.

Palavras-chave: prescrição; pílula anticoncepcional; saúde da mulher; anticoncepção hormonal oral; ginecologia.

CAVALIERI, FES. The contraceptive pill prescription in the 1960s: the perspective of gynecologists. [Master's dissertation]. São Paulo: Public Health School of USP, 2017.

ABSTRACT

Introduction: The prescription of the contraceptive pill began in Brazil in 1962. This practice brought political and social changes to the country: the pill becomes highly accepting of women and remains the contraceptive method most used by them until nowadays. The pill' use has influenced the fall in fertility rate and, based on a series of other factors, is a set of transformations that modifies the formulation of public policies regarding reproductive health and female sexual health. **Goal:** To understand how the prescription of the contraceptive pill happened in Brazil, carried by gynecologists at the time when it begins to be used in the country. **Methodology:** This is a qualitative research, having as empirical material the narratives of six gynecologists who worked in the 1960s, at São Paulo state. **Results and Discussion:** From the interviews, four thematic axes of analysis were identified, which included the description of the first contact of the doctors with the pill, followed by different ways of using the contraceptive pill as a new technology. Also, were identified the relationship between medical prescription and the pharmaceutical industry, as well as the use of the contraceptive pill and the construction of the medical discourse about the female body. These findings were analyzed in light of the studies on medicalization of the female body, and how the contraceptive pill prescription was included in the medical clinic from the 1960s. **Final Considerations:** The use of the contraceptive pill was presented as a new technology for the control of Reproduction and of female bodies. Understanding the history of pill prescription is to take into account the multiple agents, interests, and practices that are still inscribed on women's bodies.

Keywords: Prescription; Contraceptive pill; Women's health; Oral hormonal contraception; Gynecology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Anúncio do Enovid® com a figura mitológica Andrômeda.....	24
Figura 2 – Revista G.O: Atualizações e práticas em Ginecologia e Obstetrícia. Primeira edição. Janeiro de 1967. Vol I. Capa.	49
Figura 3 - Editorial. Anais Brasileiros de Ginecologia. Ano 1960. Vol. 49	67
Figura 4 - Propaganda Ciclofarlutal. Revista G.O. Setembro 1967, pág.05	86
Figura 5 - Propaganda Novulon”S”. Revista G.O. Janeiro 1967, pág.73.....	87
Figura 6 - Propaganda Noraciclina. Revista G.O. Abril 1967, pág. 19.....	97
Figura 7 - Propaganda Premarin- Revista GO. Outubro 1967. Contracapa	98
Figura 8 - Propaganda Lindiol 2,5. Revista G.O. Setembro 1967, pág.93.....	104

LISTA DE SIGLAS

ABEPF	Associação Brasileira das Entidades de Planejamento Familiar
BEMFAM	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil
CEPAIMC	Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança
CEPARH	Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
COC	Casa Oswaldo Cruz
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FMRPUSP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FMSCSP	Faculdade de Medicina Santa Casa de São Paulo
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FSP/USP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IMS	Instituto de Medicina Social
IPPF	<i>International Planning Parenthood Federation</i>
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PPFA	<i>Planned Parenthood Federation of America</i>
SOGESP	Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1. INTRODUÇÃO	19
1.1. BREVE HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL	21
1.2. A ANTICONCEPÇÃO NO CENÁRIO SÓCIO-POLÍTICO BRASILEIRO	25
1.3. A PRESCRIÇÃO DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL E A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO	33
1.3.1. O processo de medicalização: a prescrição a partir do pensamento biomédico	35
1.3.2. Anticoncepção: a medicalização do corpo feminino e as relações de gênero	38
2. PRESSUPOSTO E OBJETIVOS	44
2.1. PRESSUPOSTO	44
2.2. OBJETIVOS	44
2.2.1. Objetivo geral	44
2.2.2. Objetivos específicos	44
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
3.1. A CONSTRUÇÃO DE UM ESTUDO E SUAS ETAPAS METODOLÓGICAS ...	45
3.2. O PERCURSO REALIZADO	46
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1. OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	55
4.2. CONTATO INICIAL COM A PÍLULA: DA UNIVERSIDADE À PRÁTICA CLÍNICA	61
4.3. ANOVULATÓRIOS: DIFERENTES USOS DA NOVA TECNOLOGIA	69
4.4. A PRESCRIÇÃO DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL NA PERSPECTIVA DO MÉDICO: RELAÇÕES ENTRE O SABER MÉDICO E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA	78
4.5. A PRESCRIÇÃO DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL E A CONSTRUÇÃO DO DISCURSO MÉDICO SOBRE O CORPO FEMININO	92
4.5.1. A pílula e o discurso médico sobre o corpo da mulher	94
4.5.2. O médico: o protagonista no “planejamento familiar”	101
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118
Apêndice II - Roteiro de entrevista	120
Apêndice III - Convite para participação no estudo	122

Anexo I -Aprovação do comitê de ética.....	123
Anexo II - Currículo Lattes.....	126

APRESENTAÇÃO

“Caminhante, não há um caminho. O caminho se faz ao caminhar”.

(Antônio Machado)

Contar sobre a chegada à pós-graduação requer o exercício de olhar para a formação anterior a ela e para os encontros que a vida proporcionou, assim como os temas que despertaram em mim interesse e curiosidade.

Parafraseando o poeta espanhol Antônio Machado, no meu caminhar até o momento, construí um caminho em que destaco dois grandes encontros: o primeiro com a saúde da mulher e o segundo com as ciências sociais e humanas e a abordagem qualitativa em saúde. Esses dois encontros ocorreram durante a minha graduação em obstetrícia iniciada em 2009.

A formação em obstetrícia me trouxe a possibilidade de ser uma profissional com uma formação ampliada e interdisciplinar em saúde que não se limita ao ciclo gravídico puerperal; pelo contrário, compreende a saúde da mulher de maneira integral, segue a reflexão de saúde reprodutiva e saúde sexual como grandes eixos na sua formação. Durante a graduação, algumas inquietações e reflexões foram despertadas sobre os temas saúde da mulher, sexualidade, gênero e políticas públicas. A obstetrícia abriu um campo de possibilidades de estudo, me fazendo enxergar a chance de trabalhar temas sobre a saúde da mulher.

Já o segundo encontro se deu quando me deparei com o universo da pesquisa. Este ocorreu quando realizei um estudo de iniciação científica sobre a perspectiva e prática das mulheres sobre a realização do Papanicolaou. Pude,

juntamente com meu orientador, desenvolver uma etnografia sobre as mulheres moradoras de uma comunidade e suas práticas e percepções sobre o exame. O campo da pesquisa foi se abrindo e eu me encantava com a maneira de criar conhecimento sobre as experiências das pessoas, suas histórias e perspectivas de vida.

Após me graduar, comecei a trabalhar em uma Casa de Parto na zona Sul de São Paulo, a Casa Angela. Com uma proposta humanizada de cuidado à saúde da mulher, durante as consultas de pós-parto eram realizadas também orientações de contracepção e nelas esclarecidas dúvidas sobre os métodos anticoncepcionais. Foi quando tive contato com o diafragma. Surpreendi-me com a possibilidade de utilizar um método eficaz, de baixo custo e com praticamente nenhuma contraindicação ou efeito colateral. Foi então que comecei a me interessar pelo tema contracepção. Essa experiência possibilitou questionamentos sobre os interesses envolvidos no uso de um método em detrimento de outro. Esse interesse foi despertado devido a contracepção englobar temas muito interessantes como a sexualidade, o corpo, a influência da religião e do Estado, a responsabilização da mulher, evidenciando questões de gênero, cultura, entre tantos outros.

Quando iniciei o mestrado na Faculdade de Saúde Pública, tive a certeza de que gostaria de desenvolver um trabalho junto com alguma professora que estudasse saúde da mulher e contracepção. Foi quando conheci minha orientadora, professora Cristiane Cabral. Os questionamentos eram múltiplos e a definição de um problema de pesquisa perdurou por alguns meses. Não foi fácil fazer um recorte e focalizar em um problema de pesquisa dentre todos os que eu gostaria de estudar dentro do tema contracepção. Foi quando a professora Cristiane me apresentou a pesquisa sobre contracepção que vem sendo realizada em conjunto por

pesquisadores do Rio de Janeiro, e me sugeriu estudar a pílula e sua prescrição na década de 1960.

Esse objeto de pesquisa traduzia meus anseios em relação à contracepção somados a um caráter histórico que muito me agradou. Realizar essa pesquisa me trouxe crescimento como pesquisadora, aprimorando a abordagem de pesquisa qualitativa e me possibilitando conhecer as histórias dos médicos entrevistados e suas experiências com a prescrição da pílula na década de 1960. As entrevistas realizadas e o contato com documentos da década citada propiciaram grande aprendizado acadêmico, além de compreender os vários atores e interesses que estão em jogo na prescrição da pílula anticoncepcional e na medicalização do corpo da mulher. O método utilizado e o tema de pesquisa estudado possibilitaram conhecer a perspectiva dos profissionais médicos sobre a temática em questão e discutir questões candentes, ainda hoje, sobre a pílula anticoncepcional.

Assim, apresento a seguir o trabalho que resultou da pesquisa de mestrado. O capítulo introdutório contempla uma breve história do desenvolvimento da pílula anticoncepcional, o início de seu uso no mundo e como essa nova tecnologia foi inserida no Brasil, contextualizando suas particularidades sócio-políticas. Apresenta também autores que refletem sobre a prescrição da pílula anticoncepcional como medicalização do corpo feminino sob a perspectiva do olhar de gênero.

A seguir são apresentados o pressuposto e os objetivos (geral e específico) na realização desse trabalho.

O capítulo de procedimentos metodológicos demonstra o caminho percorrido para o desenvolvimento da pesquisa e as etapas metodológicas, apresentando os aspectos teórico-metodológicos que orientaram a realização das entrevistas e a

utilização de revistas da década de 60 para contextualizar o período estudado. Apresento também as dificuldades encontradas no processo das entrevistas e faço uma reflexão sobre como a realização deste trabalho auxiliou no meu desenvolvimento como pesquisadora.

No capítulo seguinte são apresentados os resultados e a discussão. Esse capítulo contém quatro eixos temáticos, sendo os dois primeiros importantes para descrever o uso da pílula na década de 1960, com caráter mais histórico e os dois últimos com aspecto reflexivo, articulando as narrativas dos médicos entrevistados com a literatura referente à medicalização do corpo feminino. O primeiro eixo temático é referente ao contato inicial dos médicos que atuavam na década de 60 com a pílula anticoncepcional. Contempla a narrativas dos médicos entrevistados sobre suas experiências no contato inicial com a pílula, que ocorreu tanto na universidade quanto na prática clínica, incluindo a divulgação em congressos e revistas. O segundo eixo temático apresenta os relatos dos médicos sobre os diferentes usos dos anovulatórios e como ocorreu a inserção dessa nova tecnologia na prática clínica, seja como contraceptivo, seja como medicamento para menopausa, acne, entre outros. O terceiro eixo é referente à prescrição da pílula anticoncepcional na perspectiva do médico, onde aparecem os diferentes atores e interesses envolvidos nesse processo como o discurso/saber médico e a indústria farmacêutica e como essas “instituições” influenciaram na prescrição da pílula anticoncepcional. Contempla também reflexões sobre a prescrição do anticoncepcional e a construção do discurso médico sobre o corpo da mulher, demonstrado por meio das narrativas dos entrevistados. Assim, de acordo com os relatos, o médico aparece como protagonista na escolha do método e do medicamento que será prescrito para as mulheres, muitas vezes influenciado por

amostras grátis deixadas pelos laboratórios. As experiências no consultório muitas vezes não consideravam para a prescrição da pílula aspectos como a individualidade de cada mulher, efeitos colaterais e o direito das mulheres sobre o corpo.

Encerrando o trabalho, são apresentadas algumas considerações finais, com reflexões e inquietações, sinalizando para a tríade: indústria farmacêutica, médicos e mulheres, envolvidos no início da história da prescrição da pílula anticoncepcional na década de 60.

1. INTRODUÇÃO

Compreender a prescrição da pílula anticoncepcional no contexto da década de 1960 requer o resgate histórico do processo de constituição e de sua consolidação como método contraceptivo. Nessa história estão imbricados múltiplos atores, instituições e materialidades presentes em uma rede que demonstra estar em jogo as relações de poder manifestas nos interesses econômicos, no controle sobre os corpos e nas desigualdades de gênero.

A criação da pílula como uma nova tecnologia de gestão da vida reprodutiva teve como propulsão um cenário e contexto social peculiar. Muito antes de seu desenvolvimento, o padrão reprodutivo da população torna-se preocupação das políticas públicas no século XVIII, quando se inicia a discussão do controle populacional a partir da perspectiva da “teoria malthusiana”. O defensor desta ideia, o pastor anglicano Thomas Malthus, pressupunha o esgotamento de recursos naturais do planeta devido ao crescimento sem controle da população. Ele formulou essa teoria de limitação do progresso e bem-estar social devido ao suposto aumento populacional descontrolado. Sua proposta era o controle da natalidade através do retardo do casamento e da abstinência sexual.

Ao longo da história, o controle da fecundidade passou por mudanças relacionadas principalmente com o desenvolvimento da medicina e da biologia. As descobertas de Ogino e Knaus, sobre o ciclo menstrual e as alterações ocasionadas pelos hormônios e sua relação com a gestação, na década de 1920, possibilitaram a compreensão do processo biológico da reprodução e, posteriormente, o desenvolvimento de métodos hormonais de controle da fecundidade (FONSECA

SOBRINHO, 1993). Angus McLaren (1997) propõe uma análise sobre história da contracepção na qual ela contextualiza as práticas de controle da fecundidade e como essas foram construídas socialmente e culturalmente, apresentando particularidades em cada época.

Dentre as tecnologias contraceptivas desenvolvidas, destaca-se a pílula anticoncepcional. Seu desenvolvimento se deu nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 1950 e sua regulamentação no país data do ano de 1957, pelo Food and Drug Administration (FDA)¹, para tratamento e prevenção de doenças e alterações ginecológicas (WATKINS, 1998).

No Brasil, a pílula passa a ser utilizada no ano de 1962. E de lá para cá, segue com ampla comercialização no país, sendo o método anticoncepcional mais utilizado pelas brasileiras segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) realizada em 2006 (BRASIL, MS, 2008).

O principal uso da pílula anticoncepcional destina-se ao controle da reprodução por meio do bloqueio da ovulação, não possibilitando a fecundação e a consequente gestação. Entretanto, atualmente seu uso tem diferentes propósitos: ele também diz respeito a tratamentos de infertilidade, devido à ingestão regular de dosagens hormonais, a tratamento dermatológico para acne e a diminuição dos desconfortos físicos provenientes do período menstrual decorrente dos hormônios ovarianos, o estrogênio e a progesterona.

O desenvolvimento das tecnologias reprodutivas se dá no processo de globalização e de interesses econômicos em que o consumo se torna cada vez mais generalizado e presente no nosso cotidiano (SCAVONE, 2004). Nessa perspectiva,

¹ Órgão responsável pela regulamentação de medicamentos nos EUA.

se por um lado a pílula trouxe benefícios para as mulheres, por outro passou a interferir em suas vidas através do controle médico científico atrelado aos interesses econômicos, o que pode configurar como uma ingerência sobre a autonomia e controle das mulheres sobre seus próprios corpos. Nessa reflexão, a posição das mulheres variou consideravelmente segundo a classe, o tempo e o lugar, o que se relaciona diretamente com as formas de controle sobre a vida sexual e reprodutiva, a partir de novas tecnologias contraceptivas, trazendo para o debate as relações de gênero envolvidas dentro do tema da prática da anticoncepção. Essa relação fica evidente quando se analisa as tecnologias contraceptivas disponíveis, pois são métodos que em sua maioria focam quase exclusivamente no corpo feminino. Há pouco investimento no desenvolvimento de métodos contraceptivos masculinos (OUDSHOORN, 2003). Nota-se que apenas foram melhorados métodos já existentes, como o preservativo e a esterilização masculina (OUDSHOORN, 1994; WATKINS, 1998).

É a partir dessas reflexões que buscamos compreender como a prescrição da pílula anticoncepcional é inserida na clínica médica, a partir da perspectiva dos médicos ginecologistas atuantes na década de 1960.

1.1. BREVE HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL

A pílula é idealizada nos Estados Unidos da América (EUA) no século XX, logo após a segunda guerra mundial, em um contexto em que movimentos sociais feministas, hippies, entre outros, reivindicavam a liberdade e o direito individual ao controle da vida reprodutiva e a liberação dos costumes e comportamentos

sexuais. É nesse cenário que Margaret Sanger defende a autonomia feminina em relação ao direito de decidir sobre o número de filhos desejados.

A maior parte da literatura no tema (OUDSHOORN, 1994, WATKINS, 1998), refere-se à história do desenvolvimento da pílula vinculada à fundação, em 1940, da *Planned Parenthood Federation of America* (PPFA) – organização com o objetivo de disseminar informações sobre contraceptivos, onde Margareth Sanger atuava. O objetivo era auxiliar os casais a planejarem quando e quantos filhos queriam ter, visando o controle da concepção e os direitos das mulheres (WATKINS, 1998). Trabalhando com temas envolvendo a contracepção e a ideia do controle da reprodução das mulheres, Margaret Sanger idealiza o projeto que seria desenvolvido, posteriormente, como a pílula anticoncepcional. Sua proposta era a de que a contracepção pudesse ser exercida de maneira simples, através de uma pílula que se assemelhasse a uma aspirina, sendo prática e que restringisse à mulher a responsabilidade do controle da contracepção. A execução do projeto da pílula contou com o financiamento para as pesquisas de sua amiga Katherine Dexter McCormick, quase que integralmente através de recursos próprios (OUDSHOORN, 1994).

A criação da pílula anticoncepcional instituiu uma aliança entre cientistas e médicos. Em 1951, Gregory Pincus, biólogo da Fundação Worcester, inicia suas pesquisas para desenvolver um contraceptivo hormonal oral. Após constatar os efeitos contraceptivos da progesterona, Pincus se associou ao médico John Rock, ginecologista e obstetra na Harvard Medical School, para iniciar as pesquisas clínicas (OUDSHOORN, 1990).

A concretização da proposta de desenvolver um contraceptivo hormonal se deu através de pesquisadores de duas companhias farmacêuticas, G.D. Searle e

Syntex S.A, que criaram um comprimido que continha uma combinação de progesterona e uma pequena quantidade de estrogênio com a capacidade de elevar os níveis hormonais no sangue, com o propósito de inibir a ovulação e aumentar a espessura do muco cervical. Após um longo processo de pesquisa e desenvolvimento, em 1956, foram iniciados os testes clínicos com a finalidade de testar a eficácia e a segurança contraceptiva desse novo produto. Os testes iniciais com a pílula desenvolvida foram feitos em Porto Rico, considerado um cenário que atendia as demandas para realização dos testes. Leis contrárias à promoção do controle de natalidade em Massachusetts excluía a possibilidade de realização de ensaios clínicos nos EUA. Assim, identificou-se em Porto Rico um propício campo para os testes, pois aquele país possuía uma população feminina com baixo nível de escolaridade, considerada ideal para testar se mulheres com pouca instrução ou analfabetas poderiam lidar com o regime cíclico de uso das pílulas anticoncepcionais. Além disso, Porto Rico era um estado livre associado aos EUA, o que facilitava a atuação dos pesquisadores naquele território (WATKINS, 1998).

No período de teste, a pílula teve resultados muito favoráveis, com eficácia de quase 100% entre as participantes do estudo. Contudo, muitas mulheres apresentaram efeitos colaterais como dores de cabeça, tontura, náuseas e desconforto intestinal. Apesar do curto período de testes, a partir de 1957 a produção e comercialização da pílula composta por estrogênio e progesterona sintéticos foram aprovadas pelo FDA para tratamento e prevenção de doenças e alterações ginecológicas (WATKINS, 1998). Em 1960, o uso da pílula como método contraceptivo foi autorizado nos EUA com o nome comercial de Enovid®, lançado após um ano de sua aprovação, como anticoncepcional. Na ocasião, a propaganda da companhia farmacêutica mostrava uma Andrômeda, figura mitológica grega,

libertando-se de correntes em seus pulsos, sugerindo um novo controle sobre a fisiologia adquirido pelas mulheres através do uso da pílula.

Figura 1 - Anúncio do Enovid® com a figura mitológica Andrômeda

Após cinco anos de aprovação da venda do contraceptivo, esse se tornou a maneira mais popular de contracepção nos Estados Unidos, prescrita por 95% dos obstetras e ginecologistas (WATKINS, 1998). A Planned Parenthood Federation of America (PPFA) oferecia as pílulas às suas clientes por valores subsidiados, permitindo muitas mulheres de baixa renda ter acesso ao método (WATKINS, 1998). Outro fator de importante influência no uso do contraceptivo foi a divulgação feita pelos jornais e revistas populares que ajudaram a disseminar o uso da pílula nessa época, tanto para as mulheres quanto para os médicos. Além disso, o médico recebia propaganda sobre o produto via correspondência ou pelo representante de vendas, como forma de se atualizar das novidades do mercado farmacêutico (WATKINS, 1998).

A pílula é criada em um período em que o papel social da mulher estava em intensa transformação, com o aumento da escolaridade feminina e a maior presença de mulheres no mercado de trabalho. As mulheres “conquistavam” a esfera pública. Ademais, o crescente desenvolvimento da indústria farmacêutica e a discussão da

questão demográfica como problema econômico alcançam o debate público, além dos processos de industrialização, urbanização e outros que exigiam mudanças nos padrões reprodutivos.

Esses são alguns elementos que compuseram o favorecimento da criação da pílula anticoncepcional como tecnologia de contracepção. A pílula representou, assim, uma notável transformação na prática relativa ao controle da fecundidade que imprimiu mudanças nos tamanhos das famílias, na distribuição das responsabilidades contraceptivas de homens e de mulheres, bem como nos significados atribuídos à reprodução – como algo que passa a ser controlável e planejável (as concepções de planejamento e controle da reprodução são importantes marcadores dessa nova forma de gestão dos corpos) (CABRAL, 2011). Mas, apesar das possibilidades de se controlar os nascimentos, isso não necessariamente significa dizer que as mulheres passaram a ser livres dos constrangimentos da reprodução (FERRAND e WOLFF, 2008; SCAVONE, 2004).

1.2. A ANTICONCEPÇÃO NO CENÁRIO SÓCIO-POLÍTICO BRASILEIRO

Conforme discutido anteriormente, a criação da pílula se deu no ano de 1952 e, desde então, seu uso tem alcançado larga escala. Atualmente, a pílula é o método anticoncepcional mais utilizado pelas mulheres brasileiras. A pílula anticoncepcional e a laqueadura tubária correspondem a dois terços da escolha contraceptiva no país segundo a PNDS de 2006 (BRASIL, MS, 2008). Os resultados desse levantamento indicam prevalências distintas sobre utilização de métodos contraceptivos segundo as regiões do país, as áreas urbanas e rurais, os diversos

níveis de escolaridade e em relação à raça/cor. A mais recente PNDS 2006 demonstrou um aumento significativo no uso do preservativo masculino e uma redução do uso da laqueadura entre 1996 e 2006. Para o total de mulheres vivendo em alguma forma de união, 81% delas usavam anticoncepcionais em 2006, em comparação com 77% verificados através da PNDS anterior, realizada no ano de 1996 (BRASIL, MS, 2008).

As PNDS's evidenciam a disseminação do uso dos contraceptivos nas décadas recentes. Há uma relação sinérgica entre aumento do uso de métodos contraceptivos e queda da taxa de fecundidade. Tal como apontado por Dêlcio Fonseca Sobrinho em seu estudo *“Estado e População: uma história do planejamento familiar no Brasil”* (1993), a taxa de fecundidade vem decaindo desde os anos 1930. A taxa de fecundidade na década de 1930 era de 6,3 filhos/mulher, sucedendo 5,8 filhos/mulher em 1960 e diminui consideravelmente em pouco mais de uma década, chegando a 4,3 filhos/mulher em 1975. Essa queda significativa após a década de 1960 coincide com a introdução da contracepção hormonal no país, que ajuda a acelerar a queda da taxa de fecundidade (FONSECA SOBRINHO, 1993). Atualmente, a taxa de fecundidade no Brasil está em 1,81 filhos/mulher, valor considerado abaixo do patamar de reposição populacional (dados oriundos da PNDS 2006 – MS, BRASIL, 2008).

Contudo, há que se dizer que a queda da taxa de fecundidade não está atrelada apenas ao aumento do uso de contraceptivos hormonais. Há outros fatores que contribuem para essa mudança, alterando as taxas de fecundidade da população brasileira (FARIA, 1989; BOZON, 2005; ALVES, 2006). As políticas populacionais podem dizer respeito tanto a medidas que favoreçam o crescimento, quanto ao controle da população. No Brasil, desde o período colonial, há um

processo de expansionismo e natalismo, ligados a ideia de crescimento e fortalecimento da nação (FONSECA SOBRINHO, 1993). Essa é uma característica histórica de grande parte dos países latino-americanos que assume a posição natalista nos estágios de formação do Estado nacional (ALVES, 2006). As políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade e para a elevação da esperança de vida da população, com aumento e melhora das condições de sobrevivência dos povos, é um objetivo que vem sendo almejado ao longo da história (ALVES, 2006). Para alcançar-se esse objetivo, a concentração dos esforços das políticas públicas nas áreas da saúde, educação, habitação, saneamento e assistência social visam a redução das doenças e epidemias, fome, desnutrição. Essas políticas não são classificadas como políticas populacionais em si, mas geram resultados demográficos importantes, já que a redução da mortalidade poderia ser analisada, por exemplo, como uma política de expansão populacional (ALVES, 2006).

Políticas de controle ou de expansão (também comumente referidas como antinatalista ou anticontrolista, respectivamente) sempre estiveram presentes em diferentes países, em distintas épocas (ALVES, 2006). Até meados do século XX, as políticas populacionais na América Latina eram explicitamente ou implicitamente expansionistas e pró-natalistas, despertando em países hegemônicos a preocupação controlista, pautada na teoria malthusiana do século XVIII (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Segundo o estudo de Fonseca Sobrinho (1993), desde o século XIX prevalecia no Brasil uma postura “pró-natalista”, presente na cultura nacional brasileira, a qual se formou lentamente, permanecendo praticamente incontestada até meados da década de 1960. A Constituição Brasileira de 1937, em seu artigo 124, dizia: “A família, constituída pelo casamento indissolúvel, está sob a proteção

especial do Estado. Às famílias numerosas serão atribuídas compensações na proporção de seus encargos”. Neste período, além dos incentivos ao casamento e à reprodução, houve uma legislação claramente anticontrolista que proibia o uso de métodos contraceptivos e o aborto (ALVES, 2006). Até a década de 1970, os métodos anticoncepcionais eram proibidos por lei no Brasil.

No período de 1964 a 1974, a questão populacional no Brasil dá lugar a um confronto entre antinatalistas e anticontrolistas. Particularmente após 1964, o cenário econômico brasileiro muda: a economia, antes predominantemente agrícola, transforma-se em uma das principais economias industriais entre os países em desenvolvimento. Fundações norte-americanas como a Ford e a Rockefeller (organizações que buscavam instalar estratégias para conter a “explosão demográfica”) passam a influenciar o país com financiamento a entidades e fomento de estudos populacionais, trazendo para o debate o discurso antinatalista, antes pouco presente no contexto nacional. Gera-se, a partir disso, um embate ideológico entre antinatalistas e anticontrolistas a respeito do uso de métodos contraceptivos e as controvérsias relacionadas ao aborto, instalando parte da discussão sobre planejamento familiar entre a classe médica na década de 1960 (FONSECA SOBRINHO, 1993).

O termo planejamento familiar refere-se à planificação da reprodução atrelada à composição de família, onde se estabelece a “boa” idade para casar e para a primeira gravidez, o espaçamento das gestações, o uso de métodos de concepção e contracepção. Antes de ser compreendido como política pública, o planejamento familiar era promovido por algumas entidades não-governamentais, baseadas nos preceitos antinatalistas da época (ALVARENGA; SCHOR, 1998; ALVES, 2006). Semelhante a BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil), também

havia outras instituições como a ABEPF (Associação Brasileira das Entidades de Planejamento Familiar), o CEPAIMC (Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança), o CEPARH (Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana). Essas entidades recebiam subsídios da *International Planning Parenthood Federation* (IPPF), *Pathfinder Foundation*, *Rockefeller Foundation*. Todavia, havia forças políticas contrárias às ações de planejamento familiar juntamente com a igreja que se posicionava contra as medidas de controle de natalidade no país (PEREIRA, 2011).

Dentre as entidades não governamentais supracitadas destaca-se a BEMFAM, fundada e dirigida por médicos ginecologistas da época e acadêmicos das escolas de medicina do país. Em documentos históricos, e artigos publicados em revistas médicas, a BEMFAM afirma que seu principal objetivo era a prevenção de abortos e não propriamente a preocupação com o tamanho da população², embora essa fosse uma justificativa de intervenção e controle de suas ações e trabalhos desenvolvidos.

O cenário passa a ser alterado na década de 1970 no Brasil, que apresentou um período de transição no debate político da sexualidade e da reprodução. Apesar de o feminismo no Brasil ter sido um movimento presente no país desde o sufrágio nas primeiras décadas do século XX, ele ganha força no país na década de 1970 (SARTI, 2004). Nesse período, emergiam os movimentos de mulheres influenciados por princípios de democratização do país e movimentos sanitaristas, reivindicando o acesso a métodos contraceptivos, não mais associado ao controle da natalidade, mas como um direito. O contexto político do Brasil no período influenciou a

² A pílula, além de ser comercializada em farmácias, foi também distribuída de maneira gratuita à população por meio de entidades privadas de planejamento familiar, particularmente a BEMFAM (PEDRO, 2003).

mobilização das mulheres que lutavam contra a ditadura militar, através de articulações com organizações marxistas, na época, consideradas clandestinas e posicionadas contra o regime ditatorial.

Como demonstra a autora Cintia Sarti (2004), a relação do contexto histórico-político e a maneira que o movimento feminista se desenvolveu são importantes para compreensão do legado deixado pelo movimento e para compreender os desdobramentos nas instituições sociais e políticas, além das mudanças sociais nos costumes e hábitos cotidianos.

Foi um conjunto de elementos que contribuiu para o fortalecimento do movimento feminista na década de 1970. A declaração da ONU, em 1975, como sendo o ano internacional da mulher, elaborada como resposta às reivindicações do feminismo na Europa e nos Estados Unidos, foi um marco importante para o favorecimento da discussão sobre a condição feminina no cenário internacional (SARTI, 2004).

No Brasil, essas mudanças da condição social feminina vinham acontecendo concomitantemente às mudanças decorrentes do processo de modernização do país. O movimento contestava as relações de poder entre homem e mulher e a tradicional hierarquia de gênero (PISCITELLI, 2009). O caráter radical do feminismo brasileiro foi concebido durante a experiência da ditadura militar. As mudanças nas relações de gênero foram lançadas nesse período, mas estavam longe de serem diminuídas (SARTI, 2004).

O movimento de mulheres demandava políticas de saúde que englobassem o aborto, a prevenção e o tratamento do câncer de mama e de colo uterino e atenção ao ciclo gravídico puerperal de qualidade. A pressão do movimento feminista

estabelece uma aliança entre o Ministério da Saúde e a comunidade acadêmica, resultando na criação do PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, primeiro programa instituído e que contemplava o planejamento familiar. O acesso à pílula anticoncepcional como método de contracepção e direito básico da cidadania das mulheres é uma forte reivindicação do movimento. Os métodos contraceptivos integram parte de uma política mais ampla de saúde reprodutiva, com proposta inovadora, centrado na concepção de saúde integral, em contraposição ao tradicional modelo materno-infantil vigente no país até aquele momento. A criação do PAISM ocorre em 1983, ano em que a taxa de fecundidade já havia caído drasticamente para 4,02 filhos/mulher (JANNOTTI, 2002). O censo demográfico de 1980 demonstrou um declínio generalizado na fecundidade, em um curto período (15 anos em média), em um país com vasta área territorial, população numerosa, enorme heterogeneidade e sem explícita política demográfica de controle populacional governamental (ALVES, 2006).

A universalidade do direito à saúde foi oficializada com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Vale observar que na mesma década, como dito, foi também criado o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), com base nos preceitos da integralidade, cuja implementação se traduziu em avanços nas políticas públicas. Pode-se dizer que tanto o PAISM quanto o SUS são importantes resultados da Reforma Sanitária Brasileira e de uma concepção alternativa de saúde, que questiona o modelo de saúde médico-centrado e hospitalocêntrico. Essa nova perspectiva levou a mudanças paradigmáticas na medida que passou a reconhecer os fatores econômicos, sociais e culturais como relevantes para o processo de produção de saúde e de doença (CRUZ, 2014). Nesse movimento, a saúde passou a ser vista por

meio de uma proposta calcada na interdisciplinaridade, assentada na compreensão de um sujeito multifacetado, que deveria ser visto em sua integralidade.³

No panorama mundial, um marco importante na história dos direitos reprodutivos foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo em 1994, que passa a incluir os direitos reprodutivos na esfera dos direitos humanos, considerando a mulher como sujeito de direitos acerca de sua sexualidade e reprodução (ÁVILA e CORREA, 1999). A CIPD de 1994 foi o maior evento internacional sobre o tema e contou com a participação de 11 mil pessoas, entre elas, representantes de governos, das Nações Unidas e de organizações não-governamentais. O principal desfecho do evento ocasionou uma mudança de paradigma, estabelecendo que a saúde reprodutiva é um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de gênero.

A Saúde Reprodutiva é o completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade, em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. Assim, saúde reprodutiva sugere que as pessoas são capazes de viver uma vida sexual satisfatória e segura e que possuem a capacidade de reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência fazê-lo. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres a estarem informados e terem acesso a métodos anticoncepcionais seguros, eficazes, econômicos e aceitáveis da sua escolha para a regulação da fertilidade, que não sejam ilegais, bem como o direito de acesso a serviços e cuidados de saúde adequados que possibilitem às mulheres uma gravidez e partos seguros e que providenciem aos casais a melhor possibilidade de terem uma criança saudável (CIPD, 1994: parágrafo 7.2).

Conforme demonstram Alvarenga e Schor (1998), algumas mídias brasileiras retrataram a Conferência de Cairo (1994) como “revolução dos direitos humanos”. Foi firmado consenso, entre os países signatários, sobre metas a serem alcançadas

³ Considero que não cabe no escopo desta dissertação fazer uma discussão sobre a consecução, ou não, da integralidade e da interdisciplinaridade no campo da produção da saúde (PINHEIRO e MATTOS, 2006)

até 2015, entre elas a redução da mortalidade infantil e materna, o acesso à educação, especialmente para as meninas, o acesso universal a uma ampla gama de serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar. O Brasil foi um dos países que se comprometeu a atingir as metas estabelecidas por meio de políticas e atividades programáticas a partir de então. O debate em torno das políticas populacionais assume outra perspectiva quando esse conceito passa a fazer parte das políticas de planejamento familiar (JANNOTTI, 2002).

Em suma, diversos fatores operaram para que essa mudança demográfica no país pudesse ocorrer (BOZON, 2005; FARIA, 1989). A própria criação da pílula pode ser analisada como um dos fatores que alterou o regime da dinâmica populacional no que se refere à reprodução: com seu uso houve uma significativa redução da fecundidade no Brasil, mesmo sem nenhuma política oficial de controle de natalidade (BERQUÓ, 1991). Embora a redução da fecundidade tenha ocorrido sem intervenção oficial do Estado brasileiro, a ação e disputa de poderes das entidades de controle da natalidade, os médicos e também a indústria farmacêutica são atores importantes para compreensão de como se deu a inserção da pílula anticoncepcional no país.

1.3. A PRESCRIÇÃO DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL E A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO

“Aqueles que se propõem a codificar os sentidos das palavras lutam por uma causa perdida, porque as palavras, como as ideias e as coisas que elas significam, têm uma história.”

(Joan Scott)

A prescrição da pílula anticoncepcional pode ser compreendida como uma forma de medicalização do corpo feminino, na medida que os discursos e repertórios construídos sobre o medicamento se configuraram como forma de saber e controle sobre a reprodução e o corpo das mulheres.

O acesso à pílula anticoncepcional na década de 1960 no Brasil ocorreu principalmente de duas maneiras: através da distribuição das pílulas anticoncepcionais por organizações de planejamento familiar e através das orientações e prescrições médicas realizadas nos consultórios. Essa não é uma especificidade do contexto brasileiro. Em diversos países, durante as primeiras décadas da comercialização do anticoncepcional, a possibilidade de prescrever esse método é conferida principalmente ao médico, pois é ele o “detentor” do conhecimento sobre o corpo feminino. Construída historicamente como uma prática médica, a prescrição da pílula passa a fazer parte do conjunto de atribuições desse profissional, especificamente à especialidade da ginecologia.

Estudos históricos como o desenvolvido por Rohden (2001) e Vieira (2002) descrevem o processo de desenvolvimento da ginecologia como uma especialidade médica que passa a gerenciar a saúde e o corpo das mulheres. Não por acaso, essa constitui-se como a especialidade médica específica para tratamentos de alterações da saúde da mulher ligadas ao sistema reprodutor feminino.

Assim, a prescrição da pílula anticoncepcional passa a ser parte da prática do médico ginecologista, que é visto como o responsável pelo acompanhamento de seu (bom) uso, bem como a avaliação de seu funcionamento e possíveis efeitos colaterais. Podemos considerar, portanto, que o uso da pílula caracteriza-se como uma intervenção no corpo feminino através da apropriação médica do direito de sua prescrição (VIEIRA, 2002).

1.3.1. O processo de medicalização: a prescrição a partir do pensamento biomédico

A medicina, como conjunto de conhecimentos, técnicas e práticas, tal como a conhecemos hoje, foi desenvolvida a partir de racionalidades que fundam a ciência moderna. Por volta do século XVI, era grande a diversidade de práticas na “arte de curar” (LUZ, 2006). As curas eram entendidas como “arte médica”, e para alcançá-la, as pessoas buscavam os tidos como “artesãos” da medicina. Com o desenvolvimento da ciência no Ocidente, e a passagem para modernidade entre os séculos XVII e XIX, essa concepção da medicina alterou-se, sendo incluída no campo da racionalidade científica (CAMARGO JR, 1997; LUZ, 2006). O artesão de cura, o qual intervia através de cuidados do indivíduo doente a partir de sua observação de semelhanças de queixas, torna-se um cientista da doença, como profissional privilegiado da arte de curar.

O saber médico passa a ser estruturado de maneira diferente daquele até então instalado, através de uma nova maneira de olhar e falar sobre os corpos e seu funcionamento, bem como sobre a saúde e a doença. O que muda fundamentalmente é a relação que se estabelece entre o visível e o invisível. A construção desse olhar se deu principalmente devido ao rompimento da concepção de natureza da visão renascentista, dando espaço para um pensamento estruturado, não mais em crenças, mas em um conhecimento estruturado segundo os preceitos da ciência moderna (VIEIRA, 2002):

Quando a ciência médica começa a trabalhar com a racionalidade científica, o modelo lógico que irá orientar o conhecimento a respeito das doenças será de natureza analítica, generalizante e

experimental. No sentido da prática do método científico como forma básica de produção de conhecimento (LUZ, 1998; 2006).

A racionalidade médica consiste em um sistema lógico, estruturado com base em cinco elementos teóricos fundamentais: a morfologia ou anatomia humana; a fisiologia ou dinâmica vital humana; um sistema de diagnósticos; um sistema de intervenções terapêuticas; e uma doutrina médica (CAMARGO JR, 1997). A construção da medicina como ciência está vinculada à racionalidade mecânica, à medida que fragmenta o corpo, isola seus componentes para posteriormente reintegrá-los em seus mecanismos originais (LeBRETON, 2007). Podemos observar a correspondência entre a maneira como as especializações médicas são estruturadas, seguindo a separação dos sistemas do corpo humano em disciplinas de conhecimento específicas como a ginecologia, cardiologia, neurologia entre outras, que revelam a forma fragmentada do pensamento biomédico. De acordo com Russo (2004) essa lógica está presente na formação médica com a objetificação dos corpos.

Essa racionalidade se reflete na clínica e na atuação médica. A organização da assistência médica segue um roteiro generalizado: anamnese e exame físico. Consiste no recolhimento da história do paciente a partir de um roteiro padronizado, com dados de identificação, seguido do registro de queixas.

Pode-se considerar que o processo de “medicalização” da sociedade (CONRAD, 2007) está relacionado com esta forma dominante/hegemônica que se constituiu a biomedicina ocidental moderna. O termo “medicalização” descreve um processo pelo qual os problemas não médicos passam a ser considerados e tratados como problemas médicos, por meio de diagnósticos e uso de medicamentos e tecnologias. Esse processo está presente em fatos comuns da

vida, como no controle da ansiedade e do humor, da sexualidade, de transtornos psicológicos, de atenção, ou doenças antes não classificadas como tal. Cita-se, por exemplo, o caso do Alzheimer que, antes de ser um diagnóstico de doença, era considerada uma característica proveniente do envelhecimento humano. Assim, o processo de medicalização transforma aspectos cotidianos da vida em patologias, estreitando a gama do que é aceitável como “normal” e torna passível de intervenção e tratamento o que antes não o era (CONRAD, 2007).

Esse processo de medicalização instala-se dentro dos limites estabelecidos pelo conhecimento médico do que deve ou não ser tratado, em termos médicos: o que é patológico ou não. Essa distinção entre o que é tido como normal ou patológico não é facilmente definida, mas essa especificidade é de crucial importância na clínica, onde a demarcação do que é tido como saúde ou doença orienta as prescrições e cuidados terapêuticos (BEZERRA JR, 2006). Nesse contexto, a medicina se constituiu como um conjunto de técnicas e práticas, tendo como essencial a clínica e a terapêutica: ela é “uma técnica de instauração e restauração do ‘normal’, mas que não pode ser reduzida a um simples conhecimento” (BEZERRA JR, 2006).

A ideia de normal e patológico foi elaborada a partir do trabalho de Canguilhem (1982) em que o autor afirma que a diferença entre o que é normal ou patológico é uma construção social e discursiva, que representa e influencia na forma como a sociedade se organiza. A própria classificação baseada na natureza do que vem a ser saúde ou doença é uma construção, já que nem mesmo a saúde e a disciplina é “natural”, inata ao ser humano. Dessa forma, o conhecimento biomédico também se constitui enquanto poderoso orientador e organizador do mundo social.

De acordo com Foucault (1977), toda ordem social é construída e mantida a partir de um discurso atrelado a um conhecimento, e quem o detém o utiliza como um mecanismo de poder. A medicina, além de ser considerada como uma área de conhecimento é também uma práxis⁴. Baseado nesse pressuposto, a medicina extravasa como conjunto de técnicas para uma lógica de compreensão do mundo. Como prática, o fazer médico passa a ser instalado em diversos aspectos da vida, já que a própria vida passa a ter uma explicação a partir da racionalidade biomédica (CAMARGO JR, 1997).

Assim, a medicalização se sustenta naquilo que é considerado “anormal”. As práticas de saúde são pensadas a partir da concepção de doença. Martin (2006) discute sobre como, no caso das mulheres, processos biológicos como a menstruação, menopausa e reprodução são considerados processos passíveis de intervenção.

1.3.2. Anticoncepção: a medicalização do corpo feminino e as relações de gênero

O desenvolvimento de áreas do conhecimento como a medicina e a biologia, principalmente, esteve diretamente ligado às intervenções e manipulações do corpo (VIEIRA, 2002). Essas intervenções atingiram a sexualidade e as questões relativas à reprodução mais recentemente.

Até o final do século XVIII, o que regia as práticas sexuais eram três grandes códigos: o direito canônico (proveniente da lei da Igreja Católica e Anglicana), a pastoral cristã e a lei civil. Cada um à sua maneira estabelecia o que era certo ou errado no que diz respeito à sexualidade dos indivíduos (FOUCAULT, 1977). As

⁴ Práxis é um conceito básico da filosofia marxista, que remete à transformação material da realidade.

orientações eram centradas nas relações matrimoniais. Havia prescrições de como proceder e de como exercer a sexualidade. As regras estabelecidas descreviam momentos proibidos para a prática sexual, como a quaresma ou outros períodos de abstinência, e ainda orientações quanto à frequência das relações sexuais e sobre as práticas consideradas proibidas.

O controle da sexualidade era estabelecido através das confissões, no âmbito da autoridade religiosa, através da prática da penitência. Entretanto, isso se transformou consideravelmente a partir do protestantismo, da Contrarreforma. O controle passou a ser realizado através de outras relações como na medicina, na pedagogia e no direito (FOUCAULT, 1977; LEFÈVRE, 1991; VIEIRA, 2002).

A confissão passa do confessionário para outros ambientes. No consultório médico passam a ser receitados medicamentos como tratamento para determinada queixa relatada, ou “confessada” pelo indivíduo ao profissional. Fazendo uma comparação com a autoridade religiosa, podemos observar que o ritual de “consagração” do medicamento é o momento do preenchimento do receituário. Esse é o ápice da consulta médica, assim como o ritual da consagração das hóstias na igreja católica é um momento “dramático” da missa (LEFÈVRE, 1991). A confissão foi, e permanece ainda hoje, a matriz geral que rege a produção do discurso sobre a sexualidade e seus desdobramentos, como a necessidade de contracepção (FOUCAULT, 1977).

O sexo torna-se objeto de interesse no século XVIII, pois sua regulação passa a ser feita a partir do surgimento da ideia de “população” como problema econômico e político. O termo população passa a integrar a preocupação dos governos, pois são estabelecidos fenômenos específicos e suas variações próprias, como a natalidade, morbidade, mortalidade, esperança de vida, fecundidade, estado de

saúde, incidência das doenças, forma de alimentação e de moradia. Assim, a sexualidade aparece no cerne do problema econômico e político, pois 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 fecundas ou estéreis, o efeito do celibato, e também das práticas contraceptivas (FOUCAULT, 1977).

Como demonstra Thomas Laqueur (1992), em seu livro “Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud”, a diferenciação dos sexos se deu através da linguagem. O corpo feminino só passa a ser visto como diferente do corpo masculino no século XVIII. A noção até então era que as mulheres e os homens tinham a mesma genitália, sendo apenas oposta a conformação física. As correlações entre os órgãos sexuais masculinos e femininos eram baseadas no corpo feminino como inacabado, menos desenvolvido. Assim, a vagina seria um pênis interno, os grandes lábios corresponderiam ao saco escrotal menos desenvolvido, e o útero seria o equivalente ao escroto. De acordo com a concepção galênica, a mulher não tinha calor suficiente para desenvolvimento do órgão genital, e essa falta de calor impedia sua externalização, caracterizando um sexo único. No entanto, o século XVIII instaura uma concepção diferencial dos sexos e a incomensurabilidade dos corpos. A partir da diferenciação dos sexos, compreende-se e justifica-se os papéis sociais distintos de homens e mulheres:

Essa reviravolta no modo de pensar a existência de homens e mulheres ocorreu independente de ter havido qualquer avanço nos conhecimentos biológicos. Ao contrário, o esforço de delimitar diferenças entre homens e mulheres iria estimular uma intensa produção científica nesse sentido. É a ideologia igualitarista da Revolução Francesa e as mudanças sociais que se seguiram a esse movimento que aparecem como determinantes na modificação do olhar sobre os sexos” (VILLELA e ARILHA, 2003; pág.102-103).

As diferenças biológicas nos corpos de homens e mulheres passam a atribuir lugares e funções sociais diferenciados a homens e mulheres. Devido à especificidade da reprodução biológica atrelada ao corpo feminino, reitera-se a noção de que os papéis sexuais de homens e mulheres são diferentes e que as decisões relativas à contracepção devem ficar sob responsabilidade da mulher. O controle sobre a reprodução é um dos principais eixos sobre os quais se constroem os conceitos iniciais em torno das capacidades e das funções sociais de cada gênero.

Cabe ressaltar que o conceito de gênero, construído na segunda metade do século XX, discute as concepções sobre o que é natural e o que é sociocultural e questiona as funções e expectativas sociais atribuídas a cada um dos sexos cuja justificativa se assenta nas diferenças biológicas dos corpos. Esse conceito possibilita a compreensão de que as relações sociais entre homens e mulheres são marcadas pela hierarquia e pela desigualdade, particularmente aquelas ligadas ao exercício da sexualidade e da reprodução (SCOTT, 1995).

No processo em que os médicos se constituem como disciplinadores dos corpos, eles passam a ser considerados donos do conhecimento, do saber sobre o corpo humano, incluindo a diferença entre os órgãos sexuais e seu funcionamento. Esse saber-poder se instalou no final do séc. XVIII juntamente com o Estado, que passa a se interessar pelo controle da vida, controle da morte e controle do sexo, determinando o lugar, a maneira, como e com quem ele devia acontecer (MARTIN, 2006). Dessa maneira, o médico passa a ter um papel social mais amplo, como educador, interferindo na moral e nos costumes da sociedade como um todo (CONRAD, 2007; VIEIRA, 2002). É sobretudo sobre o corpo feminino que esse

controle passa a se instalar através do intenso processo de medicalização (VIEIRA, 2002).

Vieira (2002) propõe a medicalização como perspectiva para compreensão da história dos saberes e práticas sobre o corpo feminino. A autora demonstra em seu livro como esse corpo, ao longo da história, é construído como objeto da medicina. Demonstra também como se deu a naturalização da condição feminina, através dos discursos produzidos pelas escolas médicas, e da construção de um conhecimento que vai disciplinar o corpo feminino e criar os padrões de normalidade científica, a partir de uma especialidade própria, a ginecologia (VIEIRA, 2002).

A ginecologia como especialidade médica torna-se uma especialidade sobre a mulher (ROHDEN, 2001). As concepções sobre o corpo feminino são forjadas sob influência da moral e dos valores de cada período e contexto histórico. A partir da década de 1960, o corpo feminino, que até então era visto pela medicina como essencialmente maternal, passa também a ser concebido por meio da possibilidade de negação do seu papel procriador, através dos programas de contracepção e de planejamento familiar (VIEIRA, 2002).

Sob o prisma da anticoncepção feminina há um conjunto de saberes médicos reguladores e gerenciadores de aspectos ligados à reprodução humana e ao controle do corpo feminino (MANICA, 2003). De acordo com Vieira (2002):

A anticoncepção é apenas um dos aspectos do processo da vida reprodutiva da mulher. (...) Configura-se como estratégia da 'modernidade', expressando a ideia de que a tecnologia sempre oferece a melhor solução (em termos de alta eficácia e bem-estar), baseando-se em um modelo que não estabelece como prioridade a saúde e os direitos humanos (Vieira, 2002; 68).

Assim, a medicalização do corpo da mulher pode ser compreendida como um dispositivo social que relaciona questões políticas mais gerais, como as relativas à

população, e aspectos individuais de cuidados com o corpo feminino (VIEIRA,2002).

A prescrição da pílula anticoncepcional está inserida no bojo das intervenções oriundas do campo da biomedicina que vislumbram (ou prometem) o melhor funcionamento do corpo e da sociedade.

2. PRESSUPOSTO E OBJETIVOS

2.1. PRESSUPOSTO

A prescrição da pílula anticoncepcional pelos profissionais médicos é um dos elementos que contribuiu para o processo de legitimação e de aceitabilidade desta nova tecnologia de gestão da fecundidade.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo geral

Compreender como a prescrição da pílula anticoncepcional é inserida na prática médica, a partir da perspectiva de médicos ginecologistas atuantes na década de 1960.

2.2.2. Objetivos específicos

- Identificar as principais fontes de informação utilizadas pelos médicos sobre a pílula anticoncepcional nos anos iniciais do seu uso no Brasil;
- Descrever as diferentes situações utilizadas para a prescrição da pílula anticoncepcional pelo médico;
- Discutir como a prescrição da pílula se constitui enquanto mais um elemento do saber médico para apropriação do corpo feminino.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. A CONSTRUÇÃO DE UM ESTUDO E SUAS ETAPAS METODOLÓGICAS

O desenvolvimento dessa pesquisa firmou-se em uma oportunidade de estudo junto a um projeto de pesquisa mais amplo a respeito da trajetória dos contraceptivos hormonais no Brasil. Essa investigação intitulada: *“Indústria farmacêutica, médicos e Estado: a trajetória dos contraceptivos hormonais no Brasil”* vem sendo desenvolvida desde 2013 e deu origem a vários outros projetos individuais que vão ao encontro do cerne de seu objetivo principal: recompor a história dos contraceptivos hormonais no Brasil entre os anos de 1960 a 2010. Trata-se de uma investigação interinstitucional, na qual estão envolvidos o Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ), a Casa de Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ), o Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) e a Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP).

No presente estudo busca-se compreender como a prescrição da pílula anticoncepcional era realizada na década de 1960 por médicos ginecologistas atuantes no estado de São Paulo. Nosso objetivo é contribuir com esse esforço de construção da história da pílula anticoncepcional no país, mas a partir da perspectiva dos médicos ginecologistas, com intuito de compreender a prescrição de maneira mais específica. A ideia presente é a de que examinar a prescrição da pílula anticoncepcional pelos médicos resulta em um foco privilegiado para discutir sobre o início da utilização dessa tecnologia de gestão da fecundidade em nosso contexto sócio-histórico. O recorte temporal adotado diz respeito à época em que ela passa a ser utilizada como método anticoncepcional no país. Através das perspectivas dos

médicos ginecologistas foi possível discorrer sobre a experiência vivida por eles no período em questão. Estudar a prescrição da pílula anticoncepcional na década de 1960 foi uma oportunidade de enriquecimento e aprendizagem no campo da saúde, mais especificamente das ciências sociais e humanas em saúde.

Os objetivos do estudo não têm a pretensão de recontar a história da década de 1960 ou reproduzir fatos sociais. Partimos do pressuposto de que os fatos sociais são irreproduzíveis (DAMATA, 1981:20). Em outras palavras, debruçamo-nos em um “recorte da totalidade” (VICTORA et al., 2000:33), com a intencionalidade de conhecer e estudar a prescrição da pílula anticoncepcional a partir das narrativas dos entrevistados, sem a pretensão de representar uma época ou a totalidade da história.

3.2. O PERCURSO REALIZADO

A construção desse estudo partiu do olhar das ciências sociais e humanas acerca de uma prática médica específica: a prescrição da pílula anticoncepcional. Elegemos a abordagem qualitativa de investigação para desenvolvimento do tema proposto devido a sua natureza e seus objetivos. A pesquisa qualitativa é um método utilizado para compreensão e aprofundamento de questões muito particulares, trabalhando um universo de significados, crenças e valores, que correspondem a um espaço mais profundo das relações (MINAYO, 1993; GOLDENBERG, 2007). Dessa forma, a escolha dessa abordagem de investigação em pesquisa se deu por ser interpretada como a mais adequada para construção dos dados de acordo com nosso objetivo (MINAYO, 1993).

Algumas escolhas foram realizadas desde o início do trabalho. O projeto para desenvolvimento dessa pesquisa foi inicialmente estruturado para realização de uma

história oral. Mas a história oral demandaria tempo, método e análise específico de sua abordagem (MEIHY, 2007). Após o exame de qualificação achamos melhor, minha orientadora e eu, acolher as sugestões da banca examinadora para realizar um estudo dentro da abordagem qualitativa de pesquisa, que tivesse como ferramenta de investigação a entrevista individual.

Para alcançar os objetivos propostos do estudo, elegemos a entrevista como técnica para seu desenvolvimento. Compreendemos o social como um mundo de significados passíveis de investigação e a linguagem como matéria prima desta abordagem a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais (MINAYO, 1993).

O critério de elegibilidade dos informantes foi ter atuado profissionalmente como ginecologista durante a década de 1960 em qualquer estado brasileiro, mas que atualmente residisse em cidades do estado de São Paulo devido a possibilidade de deslocamento da pesquisadora para viabilização do trabalho de campo. Inicialmente entrei em contato com a Sociedade de Ginecologia do estado de São Paulo (SOGESP), com intuito de conseguir encontrar através do cadastro da Sociedade os médicos que atendessem os critérios de elegibilidade. Infelizmente, não foi a mim disponibilizada nenhuma lista pela SOGESP, sob alegação de não ter autorização para disponibilizar os contatos de seus associados.

Tendo em vista as dificuldades iniciais de identificar e contatar médicos com o perfil delineado, durante alguns meses nos mantivemos aflitas por não conseguir participantes para o estudo. Conseguimos fazer alguns contatos iniciais, através de redes de indicação próximas, mas a idade avançada e o estado de saúde já comprometido impossibilitavam-lhes de participar do estudo. Passamos a elencar estratégias de divulgação e convite para captar possíveis entrevistados dentro do perfil desejado. A divulgação da pesquisa foi realizada via e-mail (através do envio

de um convite à rede de contatos das pesquisadoras), rede social (Facebook), pessoalmente ou por telefone. O resultado da divulgação foi a realização de seis entrevistas individuais em profundidade com médicos ginecologistas residentes no estado de São Paulo. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal.

Como refere Mirian Goldenberg (2007) em seu livro *“A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais”*, não se pode prever com antecedência todas as etapas de uma pesquisa. Torna-se impossível controlar o rumo que ela tomará, e o pesquisador deve manter-se consciente de seus limites e possibilidades. Durante o processo de divulgação do estudo, auxiliei uma aluna de iniciação científica a realizar os registros fotográficos de sua pesquisa dentro do mesmo tema de interesse. Tratava-se de uma análise documental sobre teses e dissertações produzidas na época e o aparecimento de artigos e informações sobre a pílula anticoncepcional em revistas médicas publicadas entre a década de 1960 e 1970.⁵ Nessa etapa, a busca deu-se na biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Após o contato com essas revistas, fiquei extremamente entusiasmada com os documentos encontrados.

O material me proporcionou a contextualização sobre a época do meu estudo. O contato com a linguagem médica utilizada, os artigos publicados nas revistas, expunham as atualizações de então do meio científico, o que me possibilitou um mergulho prazeroso na década de 1960 através desses documentos. Após o término da tabulação dos dados do estudo de minha colega, passei a frequentar a biblioteca sozinha para leitura das revistas e do material infográfico existente das ciências

⁵ OTTONI, A. L. M.; CABRAL, C. S. A trajetória dos contraceptivos hormonais no Brasil: um estudo documental a partir da produção de teses e dissertações em três faculdades de medicina do estado de São Paulo. Relatório de Pesquisa. Fac. Saúde Pública – USP, 2016.

médicas no acervo de obras raras da unidade. Em uma das buscas no acervo, por um acaso, encontrei alguns exemplares de uma revista intitulada “Revista G.O: atualizações e práticas em ginecologia e obstetrícia” que não havia sido localizada por minha colega e por nenhum outro pesquisador do grupo de pesquisa. Até aquele momento, sem conseguir contatos para realizar entrevistas, passei a ler as revistas encontradas devido ao interesse despertado pelo material.

Tratava-se de um material diferente das demais revistas médicas que havíamos catalogado anteriormente. A revista já trazia no seu título o caráter de “atualizações”, estampando na capa das edições suas diferenças em relação às revistas mais tradicionais. A impressão do documento dava-se em dimensão diferenciada: 14,8cm x 21cm e com poucas páginas, simbolizando uma revista de fácil leitura.

A capa anunciava uma tendência “moderna” daquele momento. Exibia cores na capa, nos títulos das matérias e na maior parte das propagandas contidas em seu interior, aspectos inexistentes nas revistas monocromáticas anteriores.

Figura 2 – Revista G.O: Atualizações e práticas em Ginecologia e Obstetrícia. Primeira edição. Janeiro de 1967. Vol I. Capa.

Sua primeira edição foi em setembro do ano de 1967. A redação e publicidade eram feitas pela empresa Editora Publicações especializadas S.A GEPASA, instalada na Rua Brigadeiro Tobias, 356, 3º andar. O conselho médico consultivo era composto por onze médicos. As assinaturas eram gratuitas, com tiragem média de 30.000 exemplares mensais. Seu financiamento era através da publicidade e dos anúncios de medicamentos. As propagandas, em particular, estão em grande número. A primeira edição já apresentava propagandas de anovulatórios, entre outros medicamentos para tratamentos ginecológicos e obstétricos. Dentre os medicamentos aparecem principalmente os para tratamento vaginal, tratamento de resfriados, corticoides para alterações cutâneas, tratamento de amebíase, ascaridíase, parasitoses em geral, relaxante neuromuscular e ocitocina para aceleração do parto.

Apesar da riqueza contida no material encontrado, optamos por não alterar a estratégia metodológica inicialmente delineada e não seguimos o processo (tentador) de realização de uma análise documental. As revistas foram mantidas como material empírico suplementar para esse estudo e foram utilizadas para entender e explicitar o contexto de circulação de informações sobre a pílula na década de 1960. Nossa técnica principal de produção de dados foi a realização de entrevistas com os médicos ginecologistas que, após intensa divulgação, tornou-se possível. Assim, utilizamos algumas edições da revista “Revista de atualização em ginecologia e obstetrícia G.O” para compor a análise com o objetivo de contextualizar alguns temas discutidos adiante. As edições selecionadas para integrar a análise foram aquelas que continham o tema “contracepção/anticoncepção feminina” ou “controle de natalidade” na capa da edição da revista, ou que continham conteúdo interno relevante sobre contracepção.

Alguns trechos e propagandas são utilizados para contextualizar a análise dos dados no capítulo 3. Os dados não serão comparados de forma direta, pois trata-se de material de diferente natureza (VICTORA, 2000). A revista é um documento escrito na época estudada, e os dados das entrevistas foram produzidas a partir das lembranças e memórias dos informantes (SCHRAIBER, 1995).

A estratégia mais profícua de obtenção dos participantes foi através da indicação da rede de contatos da pesquisadora. Quatro dos entrevistados foram convidados através de um telefonema após indicação de terceiros. Apenas um deles foi indicação a partir de um dos entrevistados. Realizei contato direto apenas com um dos participantes, durante a XVII Jornada de Obstetrícia e Ginecologia da SOGESP – Regional de São José do Rio Preto- realizado entre os dias 16-18 do mês de junho de 2016, da qual participei como ouvinte. Outros médicos foram contatados: dois deles não aceitaram participar devido às condições de saúde; um não se encaixava no perfil desejado; apenas um não aceitou o convite por motivo pessoal, negando a participação após várias tentativas de contato telefônico alegando encontrar-se em período de férias. A única mulher encontrada dentro do perfil desejado, convidada a participar, não aceitou ser entrevistada também devido a condições de saúde.

As entrevistas ocorreram no período de julho a agosto de 2016, e foram realizadas em apenas um encontro, previamente agendado por telefone com os participantes, respeitando suas disponibilidades e preferências de local e horário para realização das mesmas. A maioria foi realizada nos consultórios dos médicos informantes; apenas uma delas ocorreu na residência de um deles. O ambiente em que foram realizadas garantiu privacidade e propiciou uma relação empática entre entrevistado-entrevistador, sem ruído ou muitas interrupções que pudessem

atrapalhar o registro e o andamento da entrevista (QUIVY e CAMPENDHOUT, 1998). Todas elas mantiveram um clima agradável e tranquilo. Para realização das entrevistas foi utilizado um roteiro semi-estruturado⁶ com questões referentes aos eixos temáticos: formação e início de atuação profissional; fontes de informação sobre a pílula anticoncepcional; a procura da pílula anticoncepcional pelas mulheres; modo como a prescrição era realizada no início de sua utilização; uso e acompanhamento das mulheres que utilizavam a pílula. O roteiro foi elaborado para possibilitar responder questões de interesse do estudo.

As entrevistas foram conduzidas em forma de conversa pela entrevistadora para garantir proximidade entre entrevistado-intervistador (GOLDENBERG, 2007). Foram enfrentados alguns desafios próprios do tema de pesquisa, já que conversar sobre questões relativas a sexualidade e contracepção poderia gerar constrangimentos, sobretudo por terem sido entrevistas realizadas com médicos, todos do sexo masculino e de idade avançada. Estava diante deles uma mulher, jovem e neófito no campo da pesquisa, porém expondo com naturalidade as questões sobre o tema. Não observamos situações de embaraço para a condução das entrevistas ou para a exposição de ideias por parte dos informantes, apesar das diferenças de gênero e de geração. Todavia, consideramos que houve dificuldades no processo de rememoração necessário aos entrevistados, ao recompor as experiências vividas quando questionados sobre a maneira como eram feitas as prescrições na década de 1960. Não raro eles diziam “não me lembro”, ou “já faz muito tempo”. Assim como afirma Huyssen (2000;37): “A memória é sempre transitória, notoriamente não confiável e passível de esquecimento; em suma, ela é humana e social”.

⁶ Apêndice.

O registro das entrevistas se deu através de um gravador digital, o que garantiu a transcrição fidedigna dos relatos posteriormente. Todas as transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora, mantendo as falas da forma como foram enunciadas pela entrevistadora e pelos entrevistados, contemplando eventuais erros gramaticais e vícios de linguagem. Em seguida, iniciou-se o processo de análise temática, a partir das informações e relatos dos colaboradores. Eleveu-se categorias específicas para aprofundamento teórico-analítico. No capítulo de discussão, são apresentadas as narrativas referentes às experiências dos sujeitos somada a análise realizada junto ao referencial teórico da pesquisa (GOMES, 2013). Todas as vezes que forem apontadas as aspas duplas no texto, estas representarão expressões ou relatos dos entrevistados.

Os aspectos éticos em pesquisa foram respeitados durante todo o decorrer do estudo. As entrevistas foram realizadas após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 54208016.5.0000.5421)⁷ da Faculdade de Saúde Pública, o que ocorreu imediatamente após o exame de qualificação do mesmo. A participação foi voluntária e com consentimento expresso através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁸, obedecendo às normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466 de 13/06/2012.

Compreender como a pílula começa a ser utilizada como método anticoncepcional através da perspectiva dos profissionais médicos representa mais uma peça em um grande jogo de “quebra-cabeças” que compõe uma parte da história da pílula no país, em um esforço conjunto que vem sendo realizado com

⁷ Anexo.

⁸ Apêndice.

outras pesquisas e utilizando a perspectiva de outros atores envolvidos. A narrativa dos médicos traz as perspectivas do profissional atuante na década de 1960 como médico ginecologista, nos possibilitando compreender as tramas entre a lógica individual e o cenário político descrito pela literatura.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os médicos entrevistados foram Henrique, Francisco, Alfredo, César, Eurico e Joaquim⁹, que exerceram profissionalmente a especialidade de ginecologia na década de 1960. Apenas homens foram entrevistados, provavelmente devido ao pequeno número de mulheres que ingressavam na carreira médica ginecológica na época estudada. Apesar de não ser propriamente um estudo histórico, as narrativas envolvem diretamente as lembranças e memória dos entrevistados que contam suas experiências vivenciadas (GOLDENBERG, 2007). A atuação profissional foi diferente entre os informantes, desde clínicas particulares, bem como em serviços públicos de saúde e instituições de ensino. Nenhum deles trabalhou exclusivamente com anticoncepção (esse não era um pré-requisito para participação no estudo e sim a atuação na década de 1960 tendo em vista que o foco da investigação era compreender a história da prescrição nas décadas iniciais de sua utilização), mas tiveram contato com a pílula anticoncepcional e as prescreviam no período em exame.

Henrique (83 anos) mora na cidade de São Paulo, é professor aposentado de uma Faculdade de Medicina em cidade do interior do estado de São Paulo e ainda atende em consultório particular instalado em sua residência. De nacionalidade alemã, Henrique é naturalizado brasileiro desde a época em que começou a trabalhar em cargo público em São Paulo. Formou-se na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em 1958. Trabalhou e ocupou cargos importantes em um hospital público em São Paulo. Ele refere muita resistência ao

⁹ Pseudônimos atribuídos para garantir o anonimato dos participantes.

uso da pílula anticoncepcional pelos médicos da subespecialidade com quem trabalhou na época investigada: a ginecologia endócrina. Eles tratavam de mulheres que queriam engravidar e não conseguiam. O uso da pílula anticoncepcional, nesses casos, era para tratamentos e alterações ginecológicas, para ocasionar a menstruação e regular o ciclo menstrual e não tinha caráter de anovulatório. Ele foi o único médico a apontar claramente resistência ao uso da pílula anticoncepcional nesse espaço específico de sua prática profissional. Em sua atuação no consultório particular, ele refere boa aceitabilidade da pílula como anticoncepcional e diz que a prescrevia às suas pacientes. Diz-se a favor do uso da pílula e da diminuição da taxa de natalidade devido aos custos decorrentes de uma prole numerosa. Seus argumentos expõem uma crítica ao crescimento populacional do ponto de vista social. Ele dá o exemplo de famílias numerosas e pobres e a necessidade de uso deste método contraceptivo. Ao final, ele atribui à pílula a diminuição dos abortos.

Francisco (81 anos) formou-se em 1958 também pela FMUSP. Se especializou em ginecologia em São Paulo e manteve-se por um ano trabalhando no estado do Amapá. Fez parte do conselho editorial da “G.O- Revista de atualização em ginecologia e obstetrícia” e de outras revistas da mesma editora. Teve contato com a pílula em São Paulo após retornar do Amapá. Médico aposentado, porém, continua realizando atendimentos em ginecologia e obstetrícia em um hospital particular em São Paulo. Relatou que atende partos até o momento em que foi realizada a entrevista.

Alfredo (73 anos) formou-se em 1968 na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Realiza atualmente atendimentos em ginecologia e obstetrícia em seu consultório particular. Durante sua entrevista, ele explicou todo o funcionamento do ciclo menstrual, além da fisiopatologia associada

ao uso da pílula. Sua contribuição foi bastante importante para analisar o processo de medicalização do corpo feminino através da pílula. Ele abordou também vários aspectos sociais associados ao uso da pílula, fez reflexões acerca da autonomia feminina e libertação sexual. Entretanto compreende a pílula como aprisionamento da mulher que se submete a ingestão de um comprimido todos os dias, ficando sob sua responsabilidade a contracepção.

César (77 anos) formou-se em 1964 na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRPUSP). Está aposentado há sete anos, vive na cidade de Bauru, interior do estado de São Paulo, local em que foi realizada a entrevista. Seu relato trouxe as relações entre o cenário político-religioso em que o Brasil se encontrava na época estudada, além de importantes colaborações sobre o uso do anticoncepcional e sua relação com as normas sociais vigentes na época. Expôs, ainda nesse aspecto, a relação médico-paciente estabelecida em sua prática.

Eurico (83 anos) reside atualmente na cidade São José do Rio Preto, interior do estado de São Paulo. Trabalha em consultório particular, onde foi realizada a entrevista. Formado pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil – Rio de Janeiro¹⁰, no ano de 1959, teve breve carreira acadêmica e majoritariamente trabalhou atendendo pacientes em seu consultório particular. A entrevista foi concisa, mas trouxe enriquecimento especificamente em relação aos nomes das pílulas que eram comercializadas, assim como informações extremamente relevantes sobre as fontes de informação sobre a pílula nas décadas de 1960-1970.

¹⁰ Em 1965, a Universidade do Brasil passou a ser denominada Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Para efeito de atualização terminológica, a “Universidade do Brasil” será identificada por “Universidade Federal do Rio de Janeiro” (UFRJ) nas seções seguintes.

Joaquim (86 anos) é um médico aposentado, porém atende no ambulatório ginecológico em um hospital particular na cidade de São Paulo. Formou-se pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil- Rio de Janeiro¹¹ em 1958. Permaneceu na cidade do Rio de Janeiro nos primeiros anos de sua trajetória profissional, e posteriormente mudou-se para cidade de São Paulo, onde reside no momento da entrevista. Durante a entrevista, suas respostas na maioria das vezes foram curtas. Mostrou-se muito descontraído e sorridente durante toda a entrevista. Esse médico falou bastante sobre a divulgação da pílula feita pelos representantes farmacêuticos. Foi o único a abordar a divulgação através de reuniões em restaurantes, fazendo alusão a eventos patrocinados por laboratórios farmacêuticos. Ao final da entrevista, ele relata sobre a decisão de se tornar médico e como ela estava atrelada ao ato de prescrever. Contribuiu com informações sobre a maneira de prescrever a pílula, principais efeitos colaterais, questões de gênero relacionadas a libertação da mulher.

A busca pelos informantes desta pesquisa orientou-se prioritariamente pelo critério de tais profissionais terem atuado profissionalmente na década de 1960. Estávamos em busca de médicos “anônimos”, que tiveram prática clínica, por considerar que sua produção narrativa não estaria associada diretamente ou extremamente formatada por um discurso acadêmico e, provavelmente, vinculada às produções científicas no campo da contracepção hormonal, tal como é o caso dos trabalhos de Daniela Manica (2003; 2009), que se debruça sobre a biografia do doutor Elsimar Coutinho. Assim, evitamos deliberadamente a busca por informantes que sabíamos ter atuado na década de 1960, mas que também mantiveram uma forte carreira acadêmico-científica.

¹¹ UFRJ.

Os médicos entrevistados possuem trajetórias profissionais diferentes. A maioria dos informantes do estudo são médicos que após sua formação iniciam suas carreiras na prática clínica em consultório. Apenas um deles, Henrique, teve participação contínua na pesquisa/academia, enquanto Eurico e Alfredo tiveram breves experiências como docentes em instituições de ensino médico.

Na sequência, apresentamos um quadro síntese de caracterização e perfil dos médicos entrevistados:

Quadro 1 - Caracterização sócio-profissional dos participantes do estudo

Nome	Ano Nasc.	Idade	Ano de Formação	Instituição em que se graduou	Início de atuação profissional/ Local	Ocupação atual
Henrique	1933	83	1958	FMUSP-SP Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	1958 - Hospital Público - São Paulo	Professor aposentado Ginecologista com consultório particular
Francisco	1935	81	1958	FMUSP-SP Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	1959- Hospital Privado - Amapá	Ginecologista em Hospital privado
Alfredo	1943	73	1968	FCMSCSP Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	1969 - Consultório particular - São Paulo	Ginecologista com consultório particular
César	1939	77	1964	FMRP-USP Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	1967- Hospital Público - Bauru	Aposentado
Eurico	1936	80	1959	Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil	1961 - Consultório Particular - São José do Rio Preto	Ginecologista com consultório particular
Joaquim	1930	86	1958	Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil	1967 - Hospital Público - São Paulo	Ginecologista em hospital privado

4.2. CONTATO INICIAL COM A PÍLULA: DA UNIVERSIDADE À PRÁTICA CLÍNICA

O início da utilização da pílula anticoncepcional no Brasil se deu no ano 1962 (PEDRO, 2003). Os participantes do estudo formaram-se no curso de medicina entre os anos 1958 a 1968. Sendo assim, as entrevistas apontam para possíveis experiências em torno da pílula em um intervalo de tempo de dez anos. O contato inicial se deu basicamente de dois modos: na Universidade, ainda como estudantes, ou, posteriormente, em suas práticas clínicas. É interessante observar que, para alguns, esse contato ocorreu antes da introdução comercial do anticonceptivo oral no Brasil.

A construção da narrativa acerca deste primeiro contato com a pílula não é feita com facilidade pelos informantes. Há um esforço para tentar rememorar situações concretas específicas que ilustrem essa aproximação inicial com tal artefato e as discussões colocadas em torno daquela novidade. Quando questionados sobre a primeira vez que ouviram falar sobre ela, alguns entrevistados citaram a década de 1970, época em que já estavam trabalhando; com outros, o primeiro contato foi na Universidade entre 1959 e 1964.

Podemos considerar que uma possível estratégia de disseminação sobre a existência da nova tecnologia proposta para promover a anticoncepção tenha sido através das universidades, locais eminentemente formadores de futuros profissionais. Três médicos entrevistados fizeram menção ao contato com a pílula na faculdade. Um deles, César, não se lembra de nenhuma aula específica durante o curso; apenas se recorda de ter tido conhecimento da existência da pílula ainda na graduação. Alfredo formou-se quando a pílula anticoncepcional já estava há seis anos no Brasil: “(...) durante o curso, já existia a pílula. Na faculdade, a gente já

prescrevia para as mulheres o contraceptivo” (Alfredo; 73 anos; formado na FCMSCSP; ano de 1968).

Eurico obteve informações sobre a pílula ainda como estudante, durante a graduação em medicina no Rio de Janeiro, no mesmo ano em que se formou. O contato foi através de uma aula específica sobre a pílula, ministrada por um professor de ginecologia da própria faculdade, Professor Doutor Arnaldo de Moraes. Na ocasião, a aula não era de caráter curricular, e sim de “aula aberta”, direcionada aos alunos que estavam se especializando em ginecologia. Posteriormente, foi ministrada outra aula para todos os alunos de medicina “que não eram ginecologistas, mas também tinham interesse em aprender a prescrever a pílula”, como era o caso de médicos “clínico geral” que também poderiam prescrever a pílula às mulheres. Através da aula, os alunos tomaram conhecimento dos “hormônios que compõem a pílula” e a partir desse contato passaram a “usar a pílula com cautela”, conforme relato de Eurico.

Outros três entrevistados se recordam de terem ouvido falar da pílula pela primeira vez somente em sua prática clínica. Joaquim diz ter tido contato no ano de 1967, quando começou sua carreira em um hospital público na cidade de São Paulo. Não se recorda de ter tido contato com a pílula no Rio de Janeiro, local em que se formou em medicina. Conta sobre o contato durante a prática clínica em um importante hospital na cidade de São Paulo e faz menção à chegada da pílula primeiramente no Rio de Janeiro: “Na verdade, a pílula, o centro da pílula foi o Rio de Janeiro” e, posteriormente, em outras capitais do Brasil, como Bahia e Recife. Sua fala corrobora a experiência de Eurico, que teve aproximação com a pílula ainda na universidade no ano de 1959 na cidade do Rio de Janeiro.

A novidade que então se apresentava não parece ter sido alvo de grandes investimentos nas graduações vigentes. Ainda hoje, a carga horária dedicada ao ensino de métodos contraceptivos durante a graduação em medicina é pequena. Pode-se especular sobre o aparente desinteresse no ensino sobre estratégias de regulação da fecundidade nas faculdades de Medicina na década estudada. Talvez não seja casual que uma importante fonte de informação e de atualização sejam as revistas médicas. Mas é somente a partir da segunda metade da década de 1960 que as revistas médicas brasileiras passam a difundir para médicos as pesquisas e estudos a respeito da pílula realizados no Brasil e em outros países (PEDRO, 2003).

Com o processo de medicalização da sociedade (CONRAD, 2007) e aumento da produção industrial farmacêutica, os medicamentos passaram a ocupar lugar de destaque nos tratamentos.¹² Seu uso se mantém em larga escala pela população em geral, sobretudo sob a lógica de mercado através de divulgação para comercialização. As amostras grátis são parte lucrativa da divulgação, estabelecendo uma relação entre médicos e laboratórios. Essa relação é mediada pela atuação dos “representantes farmacêuticos”, através de visitas aos consultórios, a fim de divulgar os produtos da indústria farmacêutica e o desenvolvimento de novos medicamentos para os médicos (MANICA, 2009).

Atualmente regulamentada pela ANVISA, as amostras grátis se configuram em parcial ou total quantidade de medicamento da apresentação registrada na ANVISA, destinado à distribuição gratuita aos profissionais prescritores como

¹² Um medicamento pode ser definido da seguinte forma: trata-se de um "produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. É uma forma farmacêutica terminada que contém o fármaco, geralmente em associação com adjuvantes farmacotécnicos" (BRASIL, 2010). Assim, há um conjunto de elementos que faz com a pílula anticoncepcional possa ser considerada como medicamento, pois trata-se de um fármaco capaz de impedir a ovulação.

ferramenta de publicidade (BARROS, 1995). Trata-se de uma prática comum e experienciada por nossos informantes desde o início de suas respectivas atuações clínicas.

O acesso às amostras grátis através dos representantes da indústria farmacêutica, os chamados propagandistas, foi relatado como algo recorrente por todos os entrevistados. A amostra grátis é compreendida por Eurico como uma estratégia de publicidade e divulgação das pílulas, promovendo a indústria farmacêutica e seus produtos: “(...) a gente receitava mais os que vinham como amostra grátis. Nisso os laboratórios foram muito espertos” (Eurico; 80 anos; formado na FMUFRJ; ano 1959).

São atribuídos diferentes significados aos usos das amostras grátis. Joaquim refere-se ao seu fornecimento apenas quando a paciente procurava o consultório em busca da pílula. Assim, ele considera que não as indicava com muita frequência, sobretudo porque em dias de atendimento eram poucas as mulheres que solicitavam a pílula. Relata que deixava as amostras grátis no hospital para fornecer “a quem necessitasse”. Para Francisco, a amostra grátis era uma “gentileza” oferecida às suas pacientes. Nesses dois últimos casos, o médico é a principal fonte de divulgação da pílula para as mulheres. Estabelecendo um ciclo de divulgação a partir da indústria farmacêutica e da disponibilização das amostras grátis por seus representantes, o médico oferta para as mulheres a pílula baseado em seus critérios (avaliação clínica, disponibilidade de amostras grátis e, por que não dizer, uma avaliação subjetiva para “quem precisa”).

Sobre a primeira pílula no Brasil, Eurico relata:

A pílula na verdade foi lançada comercialmente aqui no Brasil, mais ou menos quando eu estava já no sexto ano, mais ou menos em

1958, 1959. E foi o Enovid® a primeira pílula anticoncepcional (Eurico; 80 anos; formado na FMUFRJ; ano 1959).

Como descreve Watkins (1998), em seu livro *“On the Pill: A Social History of Contraceptives, 1950 - 1970”*, a primeira pílula anticoncepcional a ser autorizada para uso contraceptivo foi a lançada com nome comercial de Enovid®, no ano de 1960, nos Estados Unidos.

À medida que outras marcas foram lançadas no mercado, o critério de escolha do médico se estabelecia segundo a relação e divulgação pelos próprios laboratórios, através das amostras grátis, como sugere Eurico: “Tinha o Anovlar®, Neovlar®, a gente receitava mais os que vinham como amostra grátis” (Eurico; 80 anos; formado na FMUFRJ; ano 1959).

Além das amostras grátis, os informantes reiteram a divulgação da pílula através de revistas médicas e eventos científicos. As revistas e os congressos acadêmicos mantinham uma relação estabelecida com a indústria farmacêutica através de patrocínio e propagandas. À medida que a pílula se inseriu no país e que passa a ser utilizada, sua divulgação alcança outros meios de informação, seja através da mídia científica, os congressos acadêmicos e as revistas médicas, seja através da mídia leiga, por intermédio de jornais e revistas de grande circulação.¹³

Segundo Eurico, uma importante fonte de informação consultada por ele, na época, era o *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, bem como a publicação nacional *Anais de Ginecologia e Obstetrícia*. Esta era uma revista mensal, produzida no Rio de Janeiro, com início de publicação em 1936, voltada

¹³ A esse respeito conferir os trabalhos de Tânia Maria Dias (2015) “Controvérsias e estabilização: o debate sobre as pílulas anticoncepcionais no diário O Globo, nas décadas de 1960 e 1970” e de Pamela Liz Nunes Pereira (2016) Os discursos sobre a pílula anticoncepcional na revista Cláudia no período de 1960 a 1985”.

para os médicos ginecologistas e obstetras, na qual eram apresentadas novidades no campo científico das pesquisas com anovulatórios e também posicionamentos político-ideológico a respeito do uso dos anticoncepcionais. Segue exemplo a partir do Editorial da edição de 1960:

Anais Brasileiros de Ginecologia

EDITORIAL

O CONTROLE DA POPULAÇÃO, A FERTILIDADE E A FOME

Se é verdadeiro que, para alguns casais, a falta de filhos constitui uma infelicidade e causa de muitos aborrecimentos e menos verdadeiro que o problema da fome, em muitos países subdesenvolvidos, é paralelo ao crescimento desproporcional da população. A fome já tem assolado países como a Índia, a China, a Rússia, etc., de modo agudo. Aqui no Brasil a fome é crônica e todos nós temos consciência disto.

O assunto tem interessado a muitos países cuja população cresce e já tem sido motivos de estudos e pesquisas por parte da UNESCO.

Agora ele é ventilado até em certas revistas leigas, porém bem conceituadas, como a «LIFE», por exemplo, cujo número de 29 de fevereiro deste ano, traz um bom artigo, que expõe de modo atraente tão importante problema.

O artigo me fez considerar mais uma vez se não temos sido um pouco exagerados em querer fomentar a natalidade no mundo, promovendo congressos de esterilidade (usa-se dizer «para o combate à esterilidade») até em países satisfeitos com seu índice de natalidade ou onde há, reconhecidamente, fome.

Não tem sentido um congresso deste tipo no Japão, na Índia, na China ou na Rússia.

Ao contrário, o problema da fome, é um problema que interessa a parte mais considerável da população e é um problema mais imperioso.

Supõe-se que a população da Índia atinja 775 milhões de vidas dentro de 25 anos; o acréscimo populacional na China é de 1 milhão de pessoas por mês e daqui a 40 anos haverá 1 bilhão e meio de chineses.

Com o crescimento atual da população, os E.E.U.U. em breve terão cerca de 300 milhões de indivíduos.

Cresce também a população na África e na América do Sul, como na Oceania.

Figura 3 - Editorial. Anais Brasileiros de Ginecologia. Ano 1960. Vol. 49

A partir das informações dos participantes, pudemos observar que as revistas e periódicos científicos não foram as únicas fontes de informações citada pelos ginecologistas. As informações sobre novos produtos e discussão sobre o uso da pílula eram também transmitidas nos consultórios e nos congressos científicos.

Segundo Eurico:

O propagandista mostrava para o médico [o medicamento - as amostras grátis]. E os laboratórios, com certeza, pagavam os conferencistas, professores das Universidades para participar e falar sobre a pílula (Eurico; 80 anos; formado na FMUFRJ; ano 1959).

Henrique também relata a relação dos congressos, realizados pelas instituições acadêmicas, e o patrocínio para “trazer pessoas” conferencistas e professores para discursar sobre a pílula. Os valores das inscrições dos eventos eram utilizados para custear aluguel do local e de outras despesas não relacionadas com os profissionais, e o patrocínio da indústria farmacêutica favoreceria os médicos com pagamento de estadia de professores e palestrantes convidados. Henrique ressalta que:

Eles [a indústria farmacêutica] fizeram o papel deles (...) sempre tinha, todo congresso tinha uma seção de pílulas, de anticoncepção, porque eles eram os que mais se interessavam. Então todo congresso tinha a anticoncepção porque justamente eles traziam o pessoal. E de vez em quando pagavam a estadia do pessoal (Henrique; 83 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

A literatura vem apontando a estreita articulação entre a indústria farmacêutica e a produção do conhecimento médico-científico que, por meio de divulgação publicitária, estratégias de marketing e financiamento de pesquisas legitimam seus medicamentos (CONRAD, 2007; CAMARGO JR, 2003). Os propagandistas e representantes comerciais da indústria farmacêutica fornecem o material aos médicos que precisam acompanhar a divulgação das mais recentes

“evidências científicas” para atualizar seu conhecimento e sua prática médica (MIGUELOTE e CAMARGO JR, 2010).

4.3. ANOVULATÓRIOS: DIFERENTES USOS DA NOVA TECNOLOGIA

[...] As “pílulas” inibem o amadurecimento dos folículos e a consequente ovulação sem o que não haverá fecundação e, muito menos gravidez.
Trecho extraído da Revista “GO”- Set.1967, vol. 01, Nº10, p. 11

Essa simples descrição presente na Revista “G.O - Atualizações em Ginecologia e Obstetrícia” foi utilizada para informar ao médico leitor sobre o caráter não abortivo da pílula. A descrição dessa nova tecnologia usando o adjetivo anovulatório e a manutenção do termo pílula entre aspas, expressa a preocupação da época em desvincular a representação da pílula enquanto efeito abortivo – este era um dos questionamentos levantado em torno das pílulas anticoncepcionais na época. Outras preocupações presentes nos debates eram sobre a segurança e os efeitos colaterais ocasionados por seu uso.

A pílula anticoncepcional destina-se ao controle da reprodução por meio do bloqueio da ovulação. Esse processo é realizado à base de hormônios sintéticos combinados em diferentes doses para manutenção dos níveis dos hormônios esteroides (responsáveis pelas fases do ciclo menstrual e maturação dos gametas femininos) e consequente bloqueio da ovulação. Caracteriza uma medida de não concepção impedindo a maturação do gameta feminino e descaracterizando o processo de abortamento. Entretanto, seu uso não se restringe a essa finalidade apenas. Alguns distúrbios ginecológicos ligados aos níveis de hormônios femininos são tratados a partir da ingestão da pílula. Ela pode ser utilizada numa série de

tratamentos, como de infertilidade, dermatológico para acnes, assim como para a diminuição dos desconfortos físicos provenientes do período menstrual decorrente dos hormônios ovarianos, o estrogênio e a progesterona.

Após a autorização do uso da pílula e sua comercialização no Brasil, as mulheres passaram a utilizá-la como método anticoncepcional, ora incentivado pelo profissional de saúde, ora por demanda das próprias mulheres pelo método. Francisco afirma que a procura pela pílula anticoncepcional no consultório era comum por parte das mulheres, mas, em algumas ocasiões, era o médico que sugeria sua utilização. Segundo este entrevistado, não havia nenhum “perfil” específico de mulheres que buscavam o método; porém, em sua maioria, tratava-se de mulheres jovens, independentemente de seu estado civil, isto é, solteiras ou casadas que não gostariam de engravidar, por determinado período.

Vamos supor: às vezes a paciente vinha por algum outro motivo e a gente aproveitava e receitava a pílula porque achava que era interessante. Não só como anticoncepcional, mas também para regular o ciclo, diminuir o sangramento. Essas coisas. Agora, muitas vinham realmente para pegar uma receita de pílula e aprender como se toma e tudo né. Aí eu acho que o uso logo se ampliou né, tinha muita gente tomando pílula, muitas pacientes (Francisco, 81 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

Informações sobre a maneira de utilização do método eram parte dos assuntos abordados na consulta, bem como sobre efeitos colaterais e outras dúvidas das pacientes. Algumas mulheres já chegavam com informações sobre a pílula e, apesar do receio delas de ingerir um medicamento de forma contínua, segundo Francisco as mulheres apresentavam grande aceitação deste novo produto.

Os métodos anticoncepcionais hormonais foram desenvolvidos a partir da descoberta dos hormônios no início do século XX, como demonstrado por Oudshoorn em seu livro *“Beyond the Natural Body”*, publicado em 1994, em que a autora descreve o desenvolvimento da endocrinologia na década de 1920 (OUDSHOORN, 1994). Esse novo campo de conhecimento passa a estabelecer o funcionamento do corpo feminino e do corpo masculino através dos chamados “mensageiros químicos”, responsáveis pela diferenciação sexual. Os hormônios compreendem mais um fator de diferenciação sexual proposto pela ciência biomédica, além dos já conhecidos órgãos sexuais e reprodutivos femininos e masculinos e os cromossomos XX e XY. O processo de desenvolvimento da endocrinologia foi precursor para o desenvolvimento da pílula, já que os chamados hormônios sexuais passaram a ser manipulados e analisados nos laboratórios. A possibilidade de controlar os hormônios estabeleceu entre cientistas e a indústria farmacêutica uma nova aliança que promoveu, a posteriori, a produção do medicamento que seria a pílula anticoncepcional. Os laboratórios farmacêuticos – que se desenvolveram simultaneamente ao surgimento da endocrinologia – eram os responsáveis por obter material de pesquisa, até então de difícil acesso para os cientistas, como gônadas e amostra de sangue e urina de animais.

As primeiras décadas de utilização da pílula coincide, conforme já observado, com o início da atuação profissional dos médicos entrevistados. Na década de 1960 a utilização de hormônios sintéticos ainda estava em avaliação, pouco se conhecia sobre os efeitos colaterais e seus desdobramentos para a saúde da mulher. As primeiras pílulas anticoncepcionais, chamadas de primeira geração, continham em sua formulação altas doses de hormônios. O Enovid®, primeiro contraceptivo oral lançado comercialmente, era composto de 21 drágeas contendo, cada uma, 150mg

de mestranol e 9,85 mg de noretinodrel. Não raro, eram relatados efeitos colaterais devido ao seu uso e sua composição com altas doses de estrogênios, conforme relato de Eurico e Henrique, abaixo apresentados:

E ela [Enovid®] tinha uma dose elevadíssima de hormônio. Então era um transtorno para a mulher tomar essa pílula. Porque passava mal vomitava...Era uma quantidade de hormônio muito grande[...] O Enovid® era uma aberração (Eurico, 80 anos; formado na Universidade do Brasil; ano 1959).

Tinham, tinham efeitos colaterais, manchas na pele, você sabe que pode manchar a pele, não a pílula, mas o hormônio: às vezes tinham enjoo, ou então entravam em amenorreia; às vezes, ficavam sem menstruação; as vezes engordavam, essas coisas, os efeitos colaterais (Henrique, 83 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

Algumas mulheres não apresentavam efeitos colaterais ou queixas do uso do método. Já às que apresentavam algum sintoma era sugerido que não interrompessem o uso, mas que substituíssem por outra pílula. Assim, não eram oferecidos outros métodos anticoncepcionais, mas a substituição por outras formulações. As pesquisas realizadas pela indústria farmacêutica eram contínuas, buscando o desenvolvimento de novas composições de pílulas, como abaixo relatado por Eurico:

Posteriormente os laboratórios foram pesquisando e encontrando outras substancias que faziam o mesmo efeito numa dose muito menor. Depois vieram dois, de uma vez, o Microvlar® e o Evanor®, também de dosagem alta (...) mas hoje dispomos de pílulas de baixíssimas dosagens que não trazem tanto desconforto para paciente. Existem pílulas de tudo o que é jeito hoje (Eurico; 80 anos; formado na FMUFRJ; ano 1959).

Conforme o relato dos médicos, os principais efeitos colaterais da pílula utilizada na época eram galactorréia, enjoo, *spotting* (sangramento menstrual em pequena quantidade), manchas na pele, tromboembolismo, edema em membros inferiores. A diminuição da dosagem hormonal na formulação, atrelada a um menor

número de efeitos colaterais, foi convergente nos discursos médicos. A ideia predominante nas entrevistas era de que os efeitos indesejados foram diminuídos com o tempo, sobretudo à medida que novas composições eram oferecidas no mercado. Além disso, os inconvenientes trazidos com a utilização da pílula eram suplantados, e mesmo justificados, em virtude de sua “alta eficácia” e “facilidade” de uso.

Já eram conhecidas as contraindicações para o uso da pílula em algumas situações clínico-epidemiológicas, dependendo da avaliação individual de cada mulher. Conforme relato dos médicos, as principais contraindicações atribuíam-se a fatores que, associados ao uso da pílula, trazem risco à saúde da usuária. Às mulheres tabagistas, por exemplo, era contraindicado o uso da mesma como anticoncepcional devido ao risco de problemas tromboembólicos em decorrência do estrógeno presente em sua composição. Apenas um dos entrevistados, Alfredo, falou sobre a importância dessa avaliação criteriosa e investigação de fatores de risco que impossibilitariam o uso da pílula pelas mulheres. Além dos fatores de risco, o uso da pílula requer alguns cuidados próprios, isto porque a associação do uso do anticoncepcional oral com outros medicamentos pode anular seu efeito contraceptivo. Do mesmo modo, sua efetividade depende do uso diário, devido à necessidade de manutenção dos níveis hormonais para o bloqueio e sucesso do método. Caso algum estado de saúde da mulher ocasione vômito ou diarreia, a absorção dos hormônios presentes no contraceptivo fica comprometida. Dessa forma, a prescrição da pílula anticoncepcional deve ser seguida de orientações e esclarecimentos sobre a maneira de utilização e possíveis fatores que comprometem o seu efeito.

Os entrevistados referiram, de maneira geral, o manejo para a prescrição da pílula em sua prática profissional desde o início de sua utilização no Brasil. Por ser uma nova tecnologia, ela foi inserida paulatinamente em suas práticas, e sua prescrição passou a fazer parte das atribuições do médico ginecologista.

Todavia, a experiência de um dos entrevistados se destacou dos demais. Trata-se de Henrique, que atuava em um Hospital em São Paulo, numa subespecialidade da ginecologia, denominada Ginecologia Endócrina, que realizava tratamentos para mulheres com alterações ginecológicas relacionadas às alterações hormonais, inclusive aquelas que não apresentavam regularidade de ovulação e menstruação.

Henrique relata que ele e o chefe do departamento onde trabalhava apresentavam muita resistência à utilização da pílula como método anticoncepcional, pois para a ginecologia endócrina, isso consistia em “dar hormônio para uma mulher que não tinha problema”. Isso porque o foco do tratamento oferecido por profissionais dessa subespecialidade era para mulheres que queriam engravidar e não conseguiam:

Não era nossa intenção. Nossa intenção era fazer as mulheres menstruarem. Era complicado na época essa história, você dava pílula que suprimia produção de andrógenos e a mulheres melhoravam de hirsutismo, dessas coisas(...). Na época o que era importante era ter filhos, e não era ter quantos filhos [desejasse]. Se viesse um filho estava ótimo (Henrique 83 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

Henrique faz a seguinte menção a seu chefe, que foi também seu orientador do doutorado: “ele não era entusiasta, porque ele achava que realmente era uma sobrecarga para a mulher”. Refere que eles não quiseram “fazer parte da administração de pílulas”, encaminhando as mulheres que buscavam a pílula anticoncepcional a outro grupo de profissionais médicos. Relata que: “... foi fundada

outra subespecialidade da ginecologia que era ligada a BEMFAM, o Bem-Estar Familiar na época”.¹⁴ Dessa forma, Henrique apresenta a prescrição da pílula com o surgimento de uma subespecialidade da ginecologia ligada à própria BEMFAM.

Fundada em 26 de novembro de 1965 durante a XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia, a BEMFAM - Sociedade de Bem-estar Familiar no Brasil - é uma organização não-governamental, com sede na cidade do Rio de Janeiro e oito escritórios regionais em capitais brasileiras. A partir de 1967, passa a ser financiada pela IPPF – International Planning Parenthood Federation¹⁵ – principal sociedade civil internacional que pode ser caracterizada como entidade voltada para ações de caráter eminentemente demográfico, como controle da natalidade, sem vínculo oficialmente com o Estado brasileiro (PEDRO, 2003). A criação da BEMFAM ocorreu no Rio de Janeiro, encabeçada pelo professor Octavio Rodrigues Lima da Universidade do Brasil (atual UFRJ), estando sua primeira sede inserida ao Hospital Maternidade ligada a mesma Universidade. Apenas posteriormente a BEMFAM teve sede própria, com expansão dos seus escritórios e clínicas no país. Sua criação foi a partir de iniciativa dos próprios professores universitários, acadêmicos, cientistas sociais como o Gilberto Freyre e médicos ginecologistas.

No livro “BEMFAM: 40 anos de história e movimento no contexto da saúde sexual e reprodutiva”, publicado em 2005, os primórdios da instituição foram descritos como iniciativa principalmente de professores e acadêmicos ligados a instituições de ensino na época. A vinculação com o IPPF foi no ano de 1967

14 Apenas Henrique fez menção a BEMFAM como entidade de planejamento familiar no Brasil. Não havia no nosso roteiro nenhuma pergunta específica sobre a existência das entidades, o que possibilita a compreensão dela ter sido citada apenas por ele.

15 IPPF-International Planned Parenthood Federation, ONG, fundada em 1952, com sede nos EUA, cuja missão principal é a promoção da saúde sexual e reprodutiva em vários países, sobretudo os ditos “subdesenvolvidos” ou “em desenvolvimento”.

através de uma solicitação da BEMFAM (COSTA, 2005). Segundo discorre a própria organização, em publicação de 2005:

(...) atualmente sua atuação dá se em âmbito nacional, com o desenvolvimento de atividades voltadas à promoção da assistência social, para a defesa e promoção dos direitos sociais, socioambientais, sexuais e reprodutivos, individuais e coletivos, contribuindo para o desenvolvimento social e para a melhoria da saúde, ampliando o acesso da população – em especial de grupos socialmente mais vulneráveis – a produtos e serviços. Realizamos, também, pesquisas sociais, médicas e demográficas na área materno-infantil, operacionais, diagnósticas e de avaliação da qualidade de atenção dos serviços (COSTA, 2005).

Entretanto, há que se pensar em que medida a BENFAM e a nova subespecialidade da ginecologia estiveram ligadas ao controle populacional, em especial no caso de esterilização das mulheres do nordeste brasileiro. Literatura que afirma esta tese é recorrente; são exemplos: (BERQUÓ, 1982; BERQUÓ, 1993; BRASIL, 1993; CAETANO e POTTER, 2004)

A narrativa de Henrique aponta para os diferentes modos e finalidades de prescrição dos hormônios, diferenciando as especialidades e seus objetivos, mas que resultaram, além do uso como contraceptivo, em um novo modo de tratamento e medicalização do corpo feminino:

Depois ficou bem estabelecida a diferença entre os setores, planejamento familiar, esterilidade conjugal, e ginecologia endócrina. E não houve problema, mas a pílula era utilizada por nós, por causa da síndrome dos ovários policísticos, mas não com a função de suprimir a ovulação. Era uma coisa apenas para tratamento. Mais tarde então quando surgiram drogas mais específicas para tratamento, nós abandonamos a pílula, porque a pílula foi para nós assim, o endócrino que me ensinou, ele não era a favor, achava que nós íamos mexer muito com o sistema endócrino da mulher, então ele era contra a pílula (Henrique; 83 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

A utilização de hormônios para outras finalidades, como durante a menopausa, também foi citada pelos médicos. Mas foram feitas ressalvas quanto à

utilização de hormônios no climatério devido aos estudos posteriores associando os tratamentos de reposição hormonal com o aumento de incidência do câncer de mama e de endométrio:

Existe também, pílulas que não são anticoncepcionais, que são de reposição hormonal para pacientes que estão na fase da menopausa ou depois da menopausa. Tem também combinações de hormônios que a gente dá. Não é com efeito anticoncepcional, é com efeito de reposição. Esse é mais comum a paciente não querer tomar, elas têm medo que dá problema de mama. Na verdade, dá muito pouco né e se você está fazendo o controle periódico, mamografia e tal não tem nenhum problema. Mas aí [a mulher] conhece alguma uma amiga ou parente que teve um problema, aí não quer. É porque aí não é tão importante, anticoncepção é importante. Agora reposição hormonal depende de cada uma. Umas [mulheres] querem, outras não querem, umas tem sintomas, outras não têm. Quando tem sintoma elas aceitam melhor (Henrique 83 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

No fragmento acima, o entrevistado Henrique faz uma distinção entre o uso dos hormônios para anticoncepção e para alívio de sintomas do período da menopausa, uso que considera de menor frequência, ficando este a critério individual de cada mulher, ao contrário da anticoncepção que aparece em seu discurso como sendo “importante”. Contudo, não foi observado questionamento ou resistência da utilização da pílula para tratamento de outras alterações, inclusive de caráter estético como no caso do hirsutismo (excesso de pelos na face) e acne. Já na década de 1960 a pílula podia ser usada com essa finalidade:

[...]a pílula podia servir como o tratamento do hirsutismo, porque diminuía a função de andrógeno ovariano, [...] quando a gente dava a pílula era para fazer isso, suprimir a função do ovário e fazer com que elas tivessem menos pelos (Henrique 83 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

A utilização da pílula para outros fins, que não o anticoncepcional, pode caracterizá-la como uma “droga de estilo de vida” utilizada por mulheres que optam pelo seu uso para alterar o ciclo hormonal. Esse conceito abarca medicamentos

utilizados para aprimorar a vida das pessoas e não necessariamente para tratar uma doença (NUCCI, 2012). Assim, a pílula anticoncepcional pode ser compreendida como um tipo de tecnologia/instância passível de provocar alterações fisiológicas que transcendem ao objetivo de manutenção ou de restauração mimética dos corpos à certa normalidade (MANICA, 2003), mas que atende à outras necessidades relacionadas ao aprimoramento individual ou ao estilo de vida (NUCCI, 2012).¹⁶

4.4. A PRESCRIÇÃO DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL NA PERSPECTIVA DO MÉDICO: RELAÇÕES ENTRE O SABER MÉDICO E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Já nos primeiros anos de comercialização da pílula, é expressivo o crescimento de sua utilização em diversos países. Os elementos relacionados a esse crescimento são particulares a cada contexto local/nacional. Nos Estados Unidos, por exemplo, um possível fator que contribuiu para o crescimento exponencial do uso da pílula foi a adesão dos médicos a sua prática (WATKINS, 1998). No contexto norte americano da época, as mulheres só conseguiam pílulas mediante a prescrição médica. Elas tinham que visitar o consultório médico a cada seis meses para renovar a prescrição (atualmente a pílula deixou de ser de prescrição obrigatória nesse país). Na França, a pílula sempre foi de prescrição médica obrigatória, desde o início de sua comercialização até os dias atuais (FERRAND e WOLFF, 2008).

O contexto brasileiro expõe algumas particularidades desde a chegada dessa nova tecnologia. Nos anos de 1960, em que as pílulas anticoncepcionais foram

¹⁶ Apesar de não pertencer ao escopo desta dissertação, é importante mencionar o uso recente dos hormônios sexuais para adiar a menarca das adolescentes, por exemplo, como estratégia de crescimento e ganho de estatura física entre meninas.

comercializadas e distribuídas no Brasil, o governo brasileiro estava em plena ditadura militar. O início da sua utilização no país não esteve relacionado às reivindicações das mulheres, como foi no caso da França, por exemplo, onde o uso de contraceptivos e a legalização do aborto historicamente se construíram a partir dos movimentos sociais das mulheres, em oposição à política natalista do governo francês (FERRAND e WOLFF, 2008). No contexto brasileiro, a prescrição da pílula pelo médico nunca foi condição para sua aquisição em farmácias, mas sua disseminação, assim como outros métodos anticoncepcionais, contou com a influência do profissional médico através de sua divulgação e orientação de uso às mulheres (PEDRO, 2003; ROHDEN, 2001).

A pílula pode ser prescrita como método anticoncepcional e como medicamento para tratamentos ginecológicos; desde sua criação ela esteve vinculada com a orientação médica (WATKINS, 1998). A ação de prescrever carrega como significado a noção de ordenar, estabelecer, determinar algo.

Em medicina, o termo prescrição é agregado ao adjetivo “médica”, para destacar a ação de prescrever vinculada à prática médica em si. Essa prática representa uma intervenção do médico na doença (FOUCAULT, 1979) que, no caso, se organiza em torno da noção de crise. Como demonstra Foucault, em seu trabalho *Microfísica do poder* (1979), é possível compreender como surge a prescrição, enquanto intervenção, através da observação do médico sobre o indivíduo, conforme citação a seguir:

Quanto à intervenção do médico na doença, ela era organizada em torno da noção de crise. O médico devia observar o doente e a doença, desde seus primeiros sinais, para descobrir o momento em que a crise apareceria. A crise era o momento em que se afrontavam, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava. Nesta luta entre a natureza e a doença, o médico devia observar os sinais, prever a evolução, ver de que lado estaria a

vitória e favorecer, na medida do possível, a vitória da saúde e da natureza sobre a doença (FOUCAULT, 1979, p.102).

A prática médica em um consultório é estabelecida entre o paciente e o médico, marcando a diferença da atenção realizada no hospital, onde se tem uma longa série de observações e são registradas as constâncias e as generalidades entre os pacientes (FOUCAULT, 1979). Partindo desse pressuposto, considera-se que, no consultório, a atenção é individualizada e pensada para cada paciente de acordo com suas especificidades. Segundo Foucault (1979), o médico atua como prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra a doença. É a partir do seu conhecimento que intervém com sua prática, prescreve cuidados ou medicamentos.

No caso da pílula, podemos observar que, a partir de sua criação, ela foi gradualmente sendo inserida no cotidiano das mulheres, tendo como via de acesso não somente, mas principalmente, as prescrições e orientações médicas quanto à maneira de utilizá-la. Alguns artigos da Revista G.O chamam atenção à construção dessa prática, como sendo uma especificidade do médico, como no trecho abaixo:

Como sabemos, há muita coisa, ainda, a ser estudada; não é ela um problema resolvido. A conclusão disso tudo é que ainda não podemos considerar a anticoncepção senão a égide de clínicas universitárias, sob o controle de quem tem a responsabilidade das mesmas; não podemos entregá-la a qualquer um, nem a todos, porque ela pode ser nociva, quando mal administrada [...] Por isso mesmo, tem sido a nossa política, desde o início, desde novembro de 1965, trazer para a responsabilidade do médico a prescrição dos anticoncepcionais. Não compete à manicura, à amiga ou à comadre, ou ao “ouvi dizer”, a administração dos anticoncepcionais, ou de conselhos sobre métodos (Setembro 1967, vol. 1 nº 9- pág. 24).

Como já descrito, ao tomar contato com a pílula, gradualmente os médicos passaram a prescrevê-las às mulheres. Apesar desta não ser a única maneira de

acesso à pílula, o profissional ginecologista constitui-se, historicamente, como o especialista indicado a exercer essa função (VIEIRA, 2002; MARTIN, 2006).

Segundo nossos entrevistados, o início dessa prática esteve relacionado principalmente com a atuação da indústria farmacêutica e de seus laboratórios:

Eu não me lembro exatamente do ano, mas foi logo que surgiu a pílula, porque os laboratórios procuravam a gente, com a divulgação da propaganda, divulgação da pílula, e também logo teve uma boa aceitação das pacientes porque era um método anticoncepcional muito mais prático (Francisco 81 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

Os médicos nem sempre questionavam as informações recebidas pela indústria farmacêutica. Nesse sentido, vale observar as colocações de BARROS (1995; 23) quando afirma que os laboratórios farmacêuticos aplicam um investimento financeiro intenso em informações publicitárias sobre os medicamentos. Os médicos acabam tendo como principal fonte de informação os próprios representantes através da distribuição de seu material. Assim, não é de se estranhar que a prescrição realizada pelo profissional acaba sendo influenciada por essas informações recebidas. Além dos materiais explicativos (folhetos e impressos com propagandas) e das amostras grátis deixadas pelos representantes farmacêuticos, foram citadas pelos entrevistados da pesquisa outras formas de divulgação dos medicamentos, ou seja, através de presentes, jantares e viagens aos médicos que prescreviam as pílulas do interesse de cada laboratório. A ideia presente é a de que a partir desse favorecimento aos médicos, a indústria farmacêutica vai ganhando aderência dos profissionais envolvidos em uma relação de troca que está diretamente vinculada com a prescrição, como ilustra a fala de Eurico:

[...] os laboratórios financiavam um médico que prescrevia bastante, viagem para congresso, estadia lá. Eu mesmo viajei até para os Estados Unidos à custa do laboratório (Eurico; 80 anos; formado na FMUFRJ; ano 1959).

Assim, os critérios de “escolha” para prescrição de determinada pílula anticoncepcional parecem estar mais atrelados aos incentivos dados pelos laboratórios, do que às necessidades/especificidades das usuárias:

Então, hoje em dia tem uma infinidade de produtos comerciais, muitos são iguais, são a mesma formulação fabricadas por três ou quatro laboratórios então a gente tem até dificuldade de lembrar, porque você tem que escolher de cada tipo de pílula, aquela que você gosta de receitar e pronto. Porque se você for atrás do representante que vem aqui, toda semana tem dois ou três marcas de pílulas que eles trazem, mas você não consegue usar tudo isso. Mas a gente escolhe uma que a gente tem mais experiência, que a gente gosta e gosta do laboratório, e é por aí. É isso (Francisco 81 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

A prática da prescrição está imersa em uma rede de interação entre atores sociais e instituições: os médicos, os representantes da indústria farmacêutica e as mulheres. Essa relação está inserida em um sistema de sentidos e materialidades. O propósito do receituário é passar as informações sobre um medicamento ou tratamento em formato de receita, com explicações de uso caracterizando um “passo-a-passo” do tratamento indicado pelo profissional, após sua observação, diagnóstico e decisão. No caso da pílula, o receituário é, então, elaborado, contendo informações sobre o produto indicado e a maneira de utilização do mesmo. Segundo Eurico, a influência da indústria farmacêutica no receituário marcava sua presença: “na receita tinha que por o nome do produto que o laboratório denominou”. As informações sobre a maneira como era feita a prescrição foram convergentes nas falas dos entrevistados.

Daí a afirmação de Pignarre (1999) de a atuação do médico ser a de “passador”. Isso porque o médico é quem faz a prescrição do medicamento para a paciente, efetuando a ligação entre a indicação dada pelo laboratório e o diagnóstico resultante de sua avaliação.

Os médicos ressaltam essa característica de ser um “receituário comum” associado à possibilidade de compra direta na farmácia, mas sem a obrigatoriedade de apresentá-lo no momento da compra da pílula, tal como ilustra a fala abaixo de Francisco. A única informação divergente referente a esse aspecto foi a de Joaquim, ao afirmar a necessidade do receituário para compra na farmácia na época, conforme relato abaixo apresentado:

É, a pílula nunca foi de receituário obrigatório. Acho que nem agora, não é. Você pode comprar na farmácia tranquilamente (Francisco 81 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

[Mas elas conseguiam comprar pílula sem receita?] Não! Só com receita (Joaquim 86 anos; formado na UFRJ; ano 1958).

A literatura mostra-nos que, no contexto brasileiro, a prescrição da pílula nunca foi condição obrigatória para sua aquisição.¹⁷ E ainda, as maneiras de ter acesso a ela eram através da compra nas farmácias, ou da distribuição gratuita por meio de entidades privadas de planejamento familiar, particularmente a BEMFAM (PEDRO, 2003). Eurico aponta, em sua fala, uma outra forma de ter acesso a pílula atualmente, que é através da distribuição nos serviços públicos de saúde:

Hoje nos postos de saúde tem até... como eles falam? O posto de saúde dá o anticoncepcional. Como eu vou explicar? Em grande número de casos a receita quem dá é a enfermeira, a atendente dá. Então não existe o controle rigoroso para o uso do anticoncepcional (Eurico 80 anos; formado na UFRJ; ano 1959).

¹⁷ Esse aspecto é distinto para outros contextos nacionais em que a prescrição da pílula anticoncepcional em um receituário médico é condição *sine qua non* para sua aquisição nas farmácias.

Referindo-se à forma de prescrever, Eurico fala sobre não haver critérios específicos e o justifica devido a não haver “controle rigoroso para o uso do anticoncepcional” pois, atualmente, a prescrição pode ser feita por outros profissionais não médicos. Na sua percepção, o fato de não ser apenas o profissional médico o responsável pela prescrição da pílula configura-a como a um medicamento sem especificidade de prescrição. Quando questionado pela entrevistadora se não seriam só os ginecologistas que prescreviam a pílula, esse entrevistado refere, então, os médicos clínicos gerais:

Os Clínicos Gerais usavam muito [prescreviam a pílula], sobretudo que trabalhava em posto de saúde, assim, em repartições públicas, então eles prescreviam muito (Eurico 80 anos; formado na Universidade do Brasil; ano 1959).

Até o ano de 1979 era proibido no país divulgar, incentivar ou prescrever métodos contraceptivos (ALVARENGA e SCHOR, 1998). O decreto de lei nº 3.688 de 03 de outubro de 1941 sobre A Lei das Contravenções Penais, em seu Artigo 20, proibia nos seguintes termos: “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar o aborto ou evitar a gravidez”, sob a pena de multa de quinhentos mil réis. A alteração do Artigo 20 é realizada em 1979 pela Lei nº 6.734, que passa a mencionar somente o aborto, tornando possível a veiculação de propagandas sobre métodos contraceptivos. Na nova redação, fica proibido “o anúncio de processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto, perante a pena de multa de um mil cruzeiros a dez mil cruzeiros” (BRASIL,)

Nenhum dos entrevistados fez referência à lei de contravenções penais ou a qualquer outro aspecto da legislação referente à proibição do uso de métodos contraceptivos na época:

Não, não tinha legislação, e se tivesse alguma punição ninguém ligava. A gente receitava e pronto. Se o político se levanta lá e diz eu sou contra a pílula! Mas eu receito... Protocolo só quando você fazia trabalho. Os efeitos colaterais, as vantagens e desvantagens. Mas não existe protocolo assim (Henrique; 83 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

Possivelmente devido à restrição na legislação vigente na época, nota-se, nos anúncios presentes nas revistas médicas, as pílulas sendo denominadas como anovulatórios, sem fazer referência aos termos anticoncepção ou contracepção (MENEZES, 2012). Pode-se observar nas propagandas abaixo essa denominação:

Solovetti

Cyclofarluta

CICLOFARLUTAL

o único anovulatório derivado da progesterona.

Farmitalia

Figura 4 - Propaganda Ciclofarluta. Revista G.O.
Setembro 1967, pág.5

Novulon "S"

MARCA REG.

seqüencial

MÁXIMA EFICÁCIA CICLORREGULADORA
COM A MENOR DOSE HORMONAL

INIBIÇÃO FISIOLÓGICA
DA OVULAÇÃO

DOSE POR CICLO:
1 comprimido, diariamente, durante 20 dias seguidos.

CADA COMPRIMIDO BRANCO CONTÉM:

Mestranol	80 mcg
-----------------	--------

CADA COMPRIMIDO AZUL CONTÉM:

Noretindrone	2 mg
Mestranol	80 mcg

APRESENTAÇÃO:
Em práticos "estojos-calendário" com 20 comprimidos (14 brancos e 6 azuis).

Johnson & Johnson
DIVISÃO FARMACÊUTICA

Figura 5 - Propaganda Novulon "S". Revista G.O.
Janeiro 1967, pág.73

Nessa pesquisa, a prescrição aparece no relato dos médicos de diversas formas, inclusive associada ao sentido do trabalho do médico e prática profissional. Para Joaquim, a prescrição de medicamentos, em si, já esteve presente desde sua escolha pela profissão:

Eu morava numa casa, ao lado tinha uma farmácia. Eu gostava de ir à farmácia e ajudar lá. Tinha o Sr. Aurélio que era um dos funcionários da farmácia. Eu falava: “quando eu crescer quero ser farmacêutico”. Aí ele falou: “Acho que não deve ser farmacêutico. Para você ser farmacêutico você terá que ter uma casa, terá que ter a farmácia, você terá que gastar dinheiro para comprar remédio e vender com porcentagem do lucro. Agora veja o Dr. Oscar – Oscar era o único médico da cidade – Ele pega um papel, uma caneta e escreve. Então assim, eu acho que você tem que ser médico!” Isso eu tinha o quê? Uns 10 anos. Eu achei que ele estava certo. Que realmente, no interior (...). Aí ele falou “veja o Dr. Oscar ele com um pedaço de papel e com uma caneta ele receita e recebe dinheiro por isso”. Aquilo ficou gravado. Aí eu pensei que realmente esse caminho era mais fácil (Joaquim 86 anos; formado na UFRJ; ano 1958).

Podemos considerar que essa história exemplifica um dos sentidos atribuídos ao exercício da medicina. Notam-se aspectos importantes em relação à prescrição e ao trabalho como fonte de lucro. O ato de prescrever é tido como atividade principal do exercício da medicina e as materialidades como o uso de um papel e uma caneta, em que se escreve um cuidado ou tratamento, aparecem como estabelecendo a relação entre o paciente e o medicamento, ao lado do prestígio do médico.

No momento em que o farmacêutico se refere a “comprar remédio e vender com porcentagem do lucro” como tarefa mais trabalhosa, comparativamente à do médico que “receita e recebe dinheiro por isso”, o remédio – medicamento – passa a ser considerado e compreendido como mercadoria e potencial fonte de lucro. A ideia presente nesse discurso é de que a prática da medicina, estando associada ao ato de prescrever, aparece como produtora de um valor. Pode-se considerar que a

prescrição é compreendida aos olhos do farmacêutico através de uma comparação simplista entre a prática comercial farmacêutica de vender remédios e a prática clínica médica capaz de gerar um valor.

Desse modo, a lógica mercantilista estaria relacionada à prescrição do medicamento, através da receita feita pelo médico. Em outras palavras, o médico, aciona uma fonte de produção, a indústria farmacêutica, usando sua fonte de saber (BARROS, 1995).

De acordo com os entrevistados Henrique e Francisco, as informações sobre a utilização da pílula não eram limitadas à receita. A prescrição era composta também por explicações verbais realizadas durante a consulta ginecológica, quando se estabelece o contato mais estreito entre mulheres e médicos, possibilitando ao profissional ofertar esclarecimentos sobre seu uso:

Então eu tinha que explicar, primeiro como usa porque era uma novidade; segundo, quais os possíveis efeitos colaterais; terceiro, não pode falhar porque senão vai sangrar, vai perder o efeito, essas coisas. Mas não era difícil, a paciente entendia bem (Francisco 81 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

Francisco refere não haver dificuldade em orientar o uso da pílula no início da sua utilização, na década de 1960, pois as mulheres atendidas por ele possuíam uma “formação básica o suficiente para entender as coisas”, referindo-se à classe social das mulheres que atendia em seu consultório. Ele complementa dizendo que nessa “ação pedagógica” suas orientações incluíam a prescrição da pílula que ele queria:

Eu acho que o tipo de paciente que a gente atende não tem problema, tem uma formação básica o suficiente para entender as coisas. Claro que a gente dava a receita para comprar a pílula que a gente queria. Mas muitas vezes a paciente vinha no consultório só para pedir uma pílula, por que não sabia o que tomar né, então a gente orientava (Francisco; 81 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

Entre as controvérsias do uso da pílula, Alfredo contrapõe suas vantagens e desvantagens, em sua fala. Relata ser conveniente o uso da pílula, contudo é também desconfortável por ter que ser ingerida todos os dias por longos períodos de anos pela mulher. Em seguida, justifica que esse incômodo seria amenizado pelo fato da pílula anticoncepcional ser de um laboratório de boa procedência:

A pílula é extremamente conveniente, é um método que tem um considerável [...]. Mas eu acho um saco a mulher se submeter a tomar uma pílula por dia e por anos, entendeu? É claro que você prescreve de laboratório bom. Entendeu? Então a coisa funciona também (Alfredo; 73 anos; formado na FCMSCSP; ano de 1968).

Em sua prática, o médico detém uma autonomia peculiar para escolher o que considera ser a melhor pílula para cada mulher. Para isso, elenca categorias de classificação, de acordo com sua experiência, a facilidade e a qualidade que julga ter o laboratório, conforme relatos de César e Joaquim:

Mas a gente acompanha, porque hoje em dia existe uma quantidade de pílula que você nem consegue acompanhar. Você escolhe duas ou três que você usa e tudo bem (César; 77 anos; formado na FMRBUSP; ano 1964).

Porque agora, por exemplo, tem pílulas que tem menor dosagem e tem aquelas pílulas que além da anticoncepção funcionam, por exemplo, para melhorar a pele, entende? Então, a gente receita de acordo com a queixa da paciente ou de acordo com o que a gente visualiza na paciente, tem paciente aí com um montão de acne (Joaquim; 86 anos; formado na FMUFRJ; ano 1958).

A expansão do mercado de pílulas segue a lógica capitalista, em que a lei essencial de acumulação entre a capacidade (ilimitada) de produzir e limitada de consumir, leva o capitalismo a ampliar seus mercados e, como consequência, cria constantemente novas necessidades de consumo (BARROS, 1995). Dessa forma, à medida em que se estimula o consumo, aumenta-se a necessidade de produção da

pílula. Entretanto, vale observar que essa expansão de oferta da pílula apareceu nos discursos dos entrevistados como um aspecto positivo do avanço da indústria farmacêutica. Isso porque, através de pesquisas e investimentos, foram sendo produzidas pílulas de diferentes concentrações hormonais, posologia, apresentação e formas de uso, o que gerou aumento da gama de possibilidades de uso e de diminuição dos efeitos colaterais, como pode-se observar nas falas a seguir:

Existe pílula que você toma uma no início, três semanas e para uma. Existe pílula que você toma continuamente. Existe pílula que você toma 24 dias e para quatro. É por aí, cada uma tem sua indicação (Francisco; 81 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

Posteriormente os laboratórios foram pesquisando e encontrando outras substâncias que faziam o mesmo efeito numa dose muito menor (...) Hoje nós dispomos de pílulas de baixíssimas dosagens que não trazem tanto desconforto para paciente. A pílula evoluiu de uma maneira espetacular. Não é comum, é até raro [a mulher] não tolerar uma pílula (Eurico; 80 anos; formado na FMUFRJ; ano 1959).

De acordo com Barros (1995; 22), “Se o processo de consumo tem como fim atender às exigências econômicas internas da produção capitalista, os instrumentos ideológicos e da hegemonia assumem importância fundamental”. Nessa perspectiva, a prescrição médica, aqui compreendida de uma maneira ampla, como o modo de prescrever incluindo as estratégias e práticas comportamentais para além do receituário médico, é parte de um ciclo que envolve indústria farmacêutica, médicos e mulheres. Para além do receituário, a prescrição envolve a escolha e produção de novas pílulas, a partir das necessidades criadas e mantidas por um modelo mercantilista, aumentando-se suas aplicações através de instrumentos ideológicos para sua manutenção (BARROS, 1995). Podemos entender como instrumentos ideológicos, nesse caso, as justificativas e os incentivos para o uso da pílula, através dos diagnósticos e orientações passadas pelo médico às mulheres. Assim, através da criação de uma nova tecnologia – a pílula – ancorada em uma aliança entre o

desenvolvimento da ciência e a medicalização do corpo feminino, atende-se às exigências econômicas do sistema capitalista, a partir de sua divulgação e aceitabilidade por parte de médicos e mulheres.

4.5. A PRESCRIÇÃO DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL E A CONSTRUÇÃO DO DISCURSO MÉDICO SOBRE O CORPO FEMININO

Neste estudo, observamos como a prescrição da pílula está relacionada ao discurso médico sobre o corpo das mulheres. Esses profissionais praticam ações baseadas na lógica saber-poder sobre o corpo feminino. Múltiplos elementos estão relacionados com a decisão da prescrição da pílula. A partir dos resultados encontrados, organizamos a discussão desse item em dois eixos: “A pílula e o discurso médico sobre o corpo da mulher” e “Aspectos relacionados à escolha médica do uso da anticoncepção”.

Nos relatos médicos bem como nos registros encontrados na revista de ginecologia, a representação do corpo das mulheres aparece através de concepções biológicas, de modo fragmentado e possível de ser explicado a partir da ação dos hormônios. Nesse sentido, o uso da pílula atenderia à necessidade de correção do funcionamento do corpo feminino, em especial nos processos de menstruação e menopausa. O início da administração do anticoncepcional oral também se configurava como uma possibilidade de estudo da ação de determinadas combinações de hormônios no corpo das mulheres.

Depreende-se dos depoimentos dos entrevistados que o processo de escolha do anticonceptivo não ocorria de forma compartilhada, mas era concebido como

uma decisão médica, muitas vezes associado à facilidade da prescrição, sem explicação dos riscos e benefícios, ainda que os efeitos colaterais com o uso da pílula não fossem bem conhecidos. Nesse sentido, havia relativa participação das mulheres nas decisões sobre o planejamento reprodutivo e sobre as intervenções sobre o próprio corpo.

Para compreender a complexa relação entre o conhecimento médico e o corpo das mulheres é importante refletir sobre a construção do conhecimento médico sobre o corpo feminino. Por um lado, a caracterização da medicina como ciência ampliou o conhecimento médico durante os séculos XVIII e XIX, assumindo um lugar de destaque de poder-saber sobre os corpos. Por outro lado, colocou o biológico/orgânico como central, propondo que toda doença ou desordem física pudesse ser explicada por alterações no processo fisiológico resultante de lesões, desequilíbrios bioquímicos, infecções bacterianas ou virais e similares (FOUCAULT, 1979).

A atenção médica às mulheres se constituiu orientada pelos homens e, assim, nas relações de poder entre o médico como o detentor do saber sobre o corpo feminino. Nessa relação entre médicos e mulheres, a interação é baseada em protocolos, medicamentos, exames e diagnósticos. A tecnologia moderna desempenha um importante e crescente papel para que essa relação seja focalizada no corpo biológico.

Alguns reflexos dessa prática são o maior uso do serviço de saúde, além de mais intervenção médica nas diferentes fases do ciclo de vida das mulheres, sobretudo no período reprodutivo. Há intensificação de procedimentos médicos na anticoncepção, na gestação, parto, pós-parto e menopausa. Nesse sentido, pode-se questionar: como as mulheres se beneficiam desse tipo de cuidado à saúde? Ou

ainda, embora haja o controle médico em todas as esferas da vida das mulheres, a questão prevalente é “por que ele é mais intensificado durante o período reprodutivo das mulheres?” (WOLFFERS et al.,1991). Nesse item teceremos algumas reflexões acerca desses questionamentos apontados.

4.5.1. A pílula e o discurso médico sobre o corpo da mulher

O interesse da medicina sobre o corpo das mulheres se deu de forma crescente. Nessa busca pela compreensão do funcionamento do corpo e de alguns “eventos”, como a reprodução, ele passou a ser objeto de investigação da medicina de modo mais intenso no século XIX. Com base na ideia da mulher como procriadora, a medicina passa a gerenciar a sexualidade feminina e a instituir a intervenção médica muito além dos órgãos sexuais propriamente ditos. Assim, a ginecologia, com o amparo da obstetrícia, converte-se em uma “verdadeira ciência da mulher”, ditando regras, normas e controle da saúde das mulheres (ROHDEN, 2006).

Para Rohden (2006), o conhecimento nas disciplinas de ginecologia e obstetrícia precisa ser contextualizado. Esse conhecimento é influenciado pelas concepções de gênero e sexualidade presentes na sociedade ocidental moderna. Nesse sentido, está sujeito às interferências que derivam da visão de mundo dos médicos, visto que reproduzem um determinado modelo de relações sociais. Ao mesmo tempo, o saber médico também contribuiu para a conformação e reprodução das noções de corpo da mulher, de gênero e sexualidade empregadas nos dias de hoje.

Uma pequena interpelação deve ser feita neste momento. A percepção sobre as diferenças entre homens e mulheres se deu através da classificação física e

anatômica, conforme as diferenças manifestadas no corpo. Essa concepção, incorporada na cientificidade médica, transformou e produziu padrões pautados nas diferenças presentes nas relações entre homens e mulheres (LAQUEUR,1992). Martin (2006) problematiza as influências da formação e do saber médico e ressalta que, nas descrições gerais da reprodução feminina, a imagem dominante é a de um sistema de sinalização, onde o corpo é descrito por meio da ação e função dos hormônios.

A narrativa de Alfredo ilustra bem esta representação da ação dos hormônios no corpo feminino e sua importância:

Olha, o funcionamento do ovário, a mulher fabrica três tipos de hormônio feminino que é chamado estrogênio. Estrogênio é o que faz vocês ficarem bonitas. Com forma [física] diferente do homem. É pele, é quadril mais largo, ombro mais estreito. Isso tudo em decorrência da atuação do hormônio chamado estrogênio, importantíssimo (Alfredo; 73 anos; formado na FCMSCSP; ano de 1968).

O corpo da mulher é controlado e manipulado a partir das concepções que o saber médico tem sobre o funcionamento adequado desse corpo, como por exemplo, relacionado à necessidade (ou não) da menstruação, transformando, assim, aspectos naturais do corpo das mulheres em objeto do campo da intervenção ou atuação da medicina (MANICA,2009; MARTIN, 2006; ROHDEN, 2006). O sentido aqui é de intervenção para o bom funcionamento do corpo:

Quando a paciente faz uso de um anticoncepcional de dose baixa e começa a ter perdas, a sangrar, não segura, o hormônio da pílula não segura a menstruação, então eu dou um mais forte um pouquinho para corrigir isso (Eurico; 80 anos; formado na FMUFRJ; ano 1959).

Existe também pílulas que não são anticoncepcionais, que são de reposição hormonal então para pacientes que estão na fase da menopausa ou depois da menopausa tem também combinações de hormônios que a gente dá. Não é com efeito anticoncepcional, é com efeito de reposição [hormonal] (Francisco; 81 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

Conforme discute Diniz (1996), as noções sobre os corpos das mulheres se basearam no “pessimismo sexual-reprodutivo”, lógica advinda da igreja em que os corpos das mulheres são concebidos como sujos, perigosos e inferiores. Nessa visão misógina, os corpos das mulheres são essencialmente inferiores e necessitam constantemente de correção.

A questão da menstruação e da menopausa são discutidas por Emily Martin (2006), em *A Mulher no corpo*. No livro, a autora associa esses dois processos do corpo feminino à metáfora da fábrica. Nesse caso, a menstruação aparece como a conotação de um sistema produtivo que falhou na produção. Essa produção “errada” passa a ser vista como algo negativo; também transmite a noção de uma produção desvirtuada, fabricando produtos sem uso.

A menopausa aparece nessa metáfora como um tipo de falha da estrutura de autoridade do corpo: a fábrica fechada, o negócio falido, a máquina parada. A menopausa aparece descrita em livros médicos com o aspecto negativo, no qual os ovários falham em produzir estrogênio. Podemos observar essa lógica nas propagandas de medicamentos da Revista G.O:

Num só remédio:

bem-estar e proteção

Ação estrogênica

atuando sobre ondas de calor e os fenômenos de involução orgânica e genital.

Ação progestacional

para regularizar o ciclo e tornar o muco cervical hostil aos espermatozoides.

Entre os 35 e os 40 anos de vida, começa a diminuição gradativa e espontânea da função ovariana.

Na pré-menopausa, que vai até a cessação dos fluxos menstruais, aparecem os fenômenos de involução orgânica e genital, instabilidade emocional, ondas de calor.

Estas alterações podem ser amenizadas e retardadas com a administração de **estrógenos**.

Por outro lado, a associação de medicação **progestacional** apresenta real vantagem sobre o uso isolado de estrógenos pois permite ciclos regulares e, adicionalmente, tranquilidade, graças à inibição da ovulação e às alterações do muco cervical.

Figura 6 - Propaganda Noraciclina. Revista G.O. Abril 1967, pág. 19

PARA SUBSTITUIR O ESTRÓGENO NATURAL... NADA
MAIS LÓGICO QUE OUTRO ESTRÓGENO NATURAL.

PREMARIN*
(ESTRÓGENOS CONJUGADOS EQUINOS)

ESPECÍFICO
PARA O
NÔVO CONCEITO
NO TRATAMENTO DA
MENOPAUSA E
PÓS-MENOPAUSA

A opinião médica corrente
apóia a manutenção de
níveis estrogênicos benéficos,
não apenas na
menopausa, mas durante
tôda a vida, para retardar
e inclusive evitar os sérios
distúrbios metabólicos
resultantes da privação
de estrógenos.

APRESENTAÇÃO
drágeas a 1,25 mg, em frascos de 20.
drágeas a 0,625 mg, em frascos de 20.

LABORATÓRIOS AYERST LTDA.
Caixa Postal 8502 - São Paulo
* marcas registradas

**Figura 7 - Propaganda Premarin- Revista GO. Outubro
1967. Contracapa**

Martin (2006) cita que, a partir da década de 60, o desenvolvimento de pesquisas científicas sobre a função do estrogênio em doenças cardíacas levou a alegações de que a queda dos hormônios produzidos pelo sistema reprodutor

poderia debilitar a saúde. De acordo com seu trabalho, nas décadas de 40 e 50, a menopausa aparecia, nos livros de ginecologia, como “livre de qualquer alteração muito profunda no corpo da mulher”, enquanto nos anos 1960, a menopausa é representada como um estado não mais fisiológico, mas possivelmente patológico, que necessita de tratamento para alívio dos sintomas. Em 1980, relatório da OMS descreve a menopausa como doença de deficiência de estrogênio. Para a autora, a questão está na ênfase do aspecto negativo dado nos livros médicos, conforme exposto a seguir:

O que se aplica à menstruação, que ocorre uma vez por mês, aplica-se também à menopausa, que ocorre uma vez na vida (...) parte do imaginário atual relativo à menopausa é o da falência do controle central (MARTIN; 2006, pag. 101).

A ideia do corpo que precisa ser “consertado” na menopausa aparece na fala de Eurico, referente à reposição hormonal no corpo das mulheres:

Houve uma época em que, do ponto de vista ginecológico, endócrino, todo mundo tava repondo hormônio nas mulheres, porque achavam que elas tinham que continuar tomar hormônio... Se preconizava o uso de hormônios em todas as mulheres. E eu recebia, às vezes, jovens com 35 anos de idade que chegavam aqui e falavam: ‘Eu quero me prevenir contra a menopausa, porque eu tenho medo de envelhecer, eu tenho medo das coisas não ficarem bem, ter problema de cabelo, de pele’ (Eurico; 80 anos; formado na FMUFRJ; ano 1959).

O início da utilização da pílula contraceptiva, como forma de planejamento familiar, também aparece transformando o corpo das mulheres em área de estudo para os médicos, campo fértil para ampliar o conhecimento médico acerca dos efeitos colaterais dos hormônios em uso:

O planejamento familiar justamente era a administração da pílula, basicamente, eles ficavam estudando a pílula em cima dessas mulheres, sempre dentro de protocolos né, eles não estudavam simplesmente a pílula, mas estudavam uma série de coisas

relacionadas à pílula como os efeitos colaterais (Henrique (83 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

Na análise de Foucault (1979), no século XVIII, o poder sobre a vida passou a envolver dois polos de desenvolvimento vinculados a um conjunto de relações. Um desses polos aparece centrado no corpo humano como uma máquina, de forma a disciplinar, otimizar suas capacidades, a extorquir suas forças, fazendo-o dócil através de sistemas de controle assegurados pelo procedimento de poder, dando origem a uma política do corpo humano centrada na anatomia e no corpo biológico, denominado pelo autor como *biopoder*. O segundo polo tem enfoque no corpo como espécie, imbuído com mecanismos de vida e servindo como base nos processos fisiológicos, como nascimento e morte. Assim, foi introduzida uma série de intervenções e controle regulatório no campo da medicina, o que significou profundas mudanças nas práticas de saúde (RABINOW e ROSE, 2006).

O hospital nasce nesse momento como instrumento terapêutico sobre o doente e a doença e torna-se um meio espacial de intervenção sobre o doente e, assim, um instrumento de cura. A clínica, centrada no diagnóstico e na terapêutica, passou a exaltar a moral científica. O médico tornou-se perito na arte de observar, corrigir e melhorar os corpos.

A anticoncepção está ligada à questão da sexualidade. Todavia, na concepção do corpo das mulheres reduzida à esfera biológica, não há espaço para a sexualidade como experiência (BRIGAGÃO, 2011). Assim, os discursos sobre a sexualidade, relatados pelos médicos, estão reduzidos às queixas das mulheres e patologias, restringindo-se ao tratamento e prescrição de medicamentos. A sexualidade aparece na racionalidade médica como mais um campo para a medicalização, conforme ilustra fala de Francisco:

E o assunto [sexualidade] também não é tão fácil, porque, algumas pacientes não gostam de comentar sobre isso. Então, você pergunta: “E a parte sexual tá tudo bem?” Se ela falar “Ah, tá tudo bem”. Não vamos entrar em detalhes né, mas muitas vezes aí aparece uma queixa qualquer e aí a gente medica. Agora, espontaneamente uma ou outra, né, tem dificuldade na relação, que tem, enfim, problema de libido, uma ou outra. Mas... em geral elas não tocam nesse assunto, não (Francisco; 81 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

Alfredo chama a atenção ao trazer para reflexão a necessidade de tempo para conversar sobre sexualidade com a mulher, como parte da assistência ou cuidado na área da saúde da mulher:

Tem um trabalho abordando que só 40% dos ginecologistas, só 40% abordam a parte sexual da mulher. O resto encaminha para psicólogo. Sabe por que? Porque isso leva tempo. Ninguém tem tempo para gastar. Hoje é lamentável, às vezes o cara não sabe o nome da paciente. Se você me conhece pela primeira vez, eu sou um homem você uma mulher, claro que eu sou o médico, mas não deixo de ser um homem. Bom, se eu não deixar à vontade, você não vai conseguir falar a sua intimidade... Na verdade quando a mulher não conta, eu não resolvo o problema dela. Então fica um negócio muito ruim. Por isso que eu não sei atender em cinco minutos. Tem cara que consegue. Eu nunca consegui na minha vida (risos). Então é isso, é isso! (Alfredo; 73 anos; formado na FCMSCSP; ano de 1968).

Podemos observar, na narrativa acima, sua reflexão crítica acerca da prática médica frequentemente realizada no campo da saúde da mulher, que não considera questões de saúde sexual apesar de sua estreita vinculação com a saúde reprodutiva. Na crítica de Alfredo, isso está associado à questão da formação médica, que se restringe ao exame clínico, ao diagnóstico e à prescrição. O ato de ouvir, dialogar, ter tempo com a paciente é atribuído como prática dos psicólogos, pois a formação médica não contempla essa dimensão.

4.5.2. O médico: o protagonista no “planejamento familiar”

A anticoncepção, compreendida como controle do número e espaçamento das gestações, não se caracteriza como uma prática nova. Estudos históricos

recuperam a utilização de métodos como tampões e duchas vaginais, o coito interrompido, além do uso de ervas, superstições e magia com o propósito de prevenir as gestações. A maneira como esses métodos foram utilizados relacionam-se às noções que se tinha de corpo, assim como a própria ideia que se tinha de sexo e de concepção em cada contexto e época em que estiveram presentes (McLAREN, 1998). A fala de Alfredo, um dos entrevistados, ilustra esse aspecto histórico de um dos métodos utilizado antes da introdução da pílula:

Era comum as mulheres do interior fazerem a lavagem pós-coital. Tinha até uns trambolhos, é histórico isso, tinha que nem uns recipientes, que nem um soro. E que [dele] saía a borrachinha, que a mulher deixava lá, acabava de transar, já punha a borrachinha lá e já lavava. É claro que falha muito isso, não é um recurso que a gente indica para ninguém. Mas era uma alternativa para a paciente, ela não tinha acesso à pílula, não tinha nada [na época]. Se deixassem elas iriam engravidar (Alfredo; 73 anos; formado na FCMSCSP; ano de 1968).

No trecho acima podemos compreender que, para Alfredo, o uso de métodos não hormonais, como a lavagem pós-coital, não era a melhor alternativa contraceptiva se comparada à pílula. As pílulas e os métodos anticoncepcionais modernos imprimiram desconfiança nos métodos “caseiros” realizados pelas mulheres (MENEZES, 2012), ocasionando um embate entre o saber das mulheres e o dos médicos. Mas, ainda assim, tratava-se de um método de controle da reprodução. Porém, ainda que os métodos contraceptivos fossem direcionados para mulheres, a produção e o controle deles estavam predominantemente com os homens (SCAVONE, 1998: 111-112).

Não há dúvidas de que o uso de anticoncepcionais e a possibilidade de controlar o momento de engravidar e o espaçamento entre as gestações tenha sido um grande avanço para a saúde das mulheres. Contudo, é importante refletir sobre os outros elementos envolvidos nessa prática.

A pílula é uma tecnologia de intervenção no corpo feminino; juntamente com outros métodos anticoncepcionais compõe um conjunto de práticas aplicadas ao ciclo reprodutor feminino. Alguns exemplos são: o DIU (dispositivo Intrauterino), a contracepção de emergência, a laqueadura, exames para diagnósticos como a citologia oncológica (mais conhecido como “Papanicolau”), mamografia, ultrassom dos órgãos reprodutores e, ainda, intervenções cirúrgicas como cesariana, histerectomia (remoção do útero). Essas práticas são exemplos de controle e de intenso processo de medicalização que ocorre, sobretudo, no corpo das mulheres (VIEIRA, 2002). A partir da medicalização do processo reprodutivo, a decisão sobre métodos frequentemente respondia ao conhecimento e interesse médico.

O relato de Joaquim permite exemplificar que as informações conseguidas pelas mulheres sobre a pílula eram fornecidas “basicamente no consultório”: “(...) porque nós podemos orientá-las, escolhendo para cada mulher o tipo de anticoncepcional mais adequado, colaboramos e muito, a classe médica” (Joaquim; 86 anos; formado na FMUFRJ; ano 1958).

Vale observar que esse poder delegado ao médico se inscreve na lógica do saber hegemônico, que atribui ao médico a posição de quem orienta e escolhe o anticoncepcional para cada mulher. Esse controle e “autoridade” sobre o corpo das mulheres pode ser visto também como uma prática discursiva disseminada por meio de anúncios da indústria farmacêutica em revistas médicas, conforme encontramos na revista GO, edição de setembro de 1967:

Na frase “No planejamento da família ao médico cabe a última palavra” é possível observar como a indústria farmacêutica, com interesses mercantilistas associados à prescrição, estimulava e construía discursos sobre a hegemonia do poder médico na decisão do método contraceptivo. Logo abaixo da marca LINDIOL 2,5 aparece as especificações, “inibidor da ovulação, seguro, inócuo, bem tolerado”.

No planejamento da família
ao médico cabe a última palavra

LINDIOL 2,5

Inibidor da ovulação
Seguro, inócuo, bem tolerado

Figura 8 - Propaganda Lindiol 2,5. Revista G.O. Setembro 1967, pág.93

Além do texto escrito, a imagem da propaganda, antes apresentada, transmite uma gama de informações relacionadas ao modo como deveria acontecer a prescrição da pílula. No consultório, em um ambiente reservado, o médico aparece sentado atrás de uma mesa com uma caneta em sua mão direita e um papel ao lado. Um estetoscópio, instrumento característico da profissão, também está disposto sobre a mesa. A mulher, branca, encontra-se sozinha, com roupas características de uma classe social média-alta, e exibe em sua mão esquerda uma aliança de casamento. A imagem passa a mensagem ao leitor da revista de que a mulher está feliz e satisfeita na situação em que se encontra, segura com as orientações recebidas pelo médico. Além disso, a usuária é uma mulher casada, indicando que a pílula, o controle da reprodução e o sexo estão no domínio da conjugalidade.

Os médicos entrevistados também foram disseminadores de conhecimento em ginecologia e obstetrícia. Henrique, ao término da entrevista apresentou à pesquisadora um livro de ginecologia muito utilizado pelos cursos de medicina, em que ele foi o organizador. Francisco, por sua vez, fez parte do grupo de editores da revista G.O - Atualizações em ginecologia e obstetrícia. Ambos são alguns exemplos característicos de como o profissional médico também foi um propagador do modelo tecno-científico no qual estava inserido no período.

A partir do advento do contraceptivo oral, prescrever a pílula torna-se uma prática naturalizada nas primeiras décadas de seu uso. Segundo Francisco, a pílula era uma possibilidade contraceptiva mais fácil e prática, que de certa forma uniformiza os corpos das mulheres e atende às necessidades (individuais e coletivas):

Algumas tinham receio de tomar, porque achavam que poderia causar problema, mas de maneira geral elas receberam bem. Era a solução para o problema de evitar a gravidez. Antes da pílula só existiam a tabelinha e o preservativo, nada mais. Então, tudo isso falhava muito. É muito mais difícil você ensinar a tabelinha do que receitar a pílula. Receitar a pílula é muito prático. Então, eu acho que foi muito bem recebido, como um avanço realmente (Francisco; 81 anos; formado na FMUSP; ano 1958).

A questão dos efeitos colaterais que esse medicamento poderia causar no corpo das mulheres não aparece como algo relevante ou como uma preocupação central. Entretanto, havia interesse da medicina em investigar como esse medicamento incidia no corpo das mulheres e quais efeitos ele provocava.

Alfredo demonstra como ocorria sua prática e faz uma reflexão sobre a forma como a escolha do método contraceptivo deveria ocorrer. Para ele, a prescrição do método requer conversar com a mulher para conhecer suas necessidades e escolhas:

Elas perguntavam as alternativas que existem. E é legal, por que você conversando, você adquire a confiança da paciente... A escolha do método contraceptivo, você precisa detalhar com a moça o que ela quer, o que ela não quer, ver se não tem contraindicação, mostrar as alternativas que existem (Alfredo; 73 anos; formado na FCMSCSP; ano de 1968).

A prescrição da pílula introduz novas normas sociais e padrões para a vida reprodutiva. Eurico refere que o uso da pílula diminuiu a gravidez na adolescência e atribui ao contraceptivo algumas mudanças relevantes nas expectativas sociais em torno da mulher:

Diminuiu muito a gravidez na adolescência com o aparecimento da pílula (...). Antigamente era muito comum jovens na adolescência engravidar. Então foi uma tábua de salvação. Por isso que as mulheres a partir daí começaram a trabalhar e a obter certos privilégios que elas não tinham. A pílula anticoncepcional foi que libertou a mulher da situação social que ela se encontrava. A pílula anticoncepcional passou a permitir que ela trabalhasse fora sem nenhum problema, que tivesse uma atividade sexual, independente de casamento, se queria, libertou a mulher das teias que a sociedade

impunha. (...) E aí parou de aparecer mulher grávida, com 15, 16 anos. Parou... diminuiu, não parou até hoje né (Eurico; 80 anos; formado na FMUFRJ; ano 1959).

Foi possível observar nos relatos médicos sobre a anticoncepção oral a grande influência do modelo biomédico nos modos de pensar as relações de saúde, que tem produzido ações que nem sempre contemplam a individualidade de cada mulher, tampouco a dimensão da integralidade. É necessária uma leitura ampliada e crítica dessas questões, superando a crença na divisão cartesiana do corpo e da mente como entidades separadas (CAMARGO JÚNIOR, 2003).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou compreender como a prescrição da pílula anticoncepcional era realizada no Brasil na década de 1960, época em que ela passou a ser utilizada no país. Para isso, utilizou-se como material empírico as narrativas de seis médicos que atuaram na região sudeste do país naquele momento, e o conteúdo de uma revista médica publicada na mesma década como material suplementar de análise.

A pílula apresentou-se como uma nova tecnologia de controle da reprodução e dos corpos femininos. Atualmente, ela é utilizada em larga escala no Brasil e em outros países. Pode-se considerar este tipo de contraceptivo como uma forma de medicalização e de intervenção no corpo feminino, à medida em que ela esteve vinculada à prática médica desde o seu desenvolvimento. No decorrer do presente trabalho, observamos diferentes significados atribuídos à prescrição da pílula, os quais são compostos por elementos heterogêneos em que a indústria farmacêutica, as relações entre sistema capitalista e consumo de medicamentos e relações de poder estão em jogo.

A pílula anticoncepcional pode ser caracterizada como um dispositivo que relaciona questões políticas mais gerais, como as relativas à população (já que seu uso estava relacionado com a possibilidade de diminuição das taxas de fecundidade), mas também aos aspectos individuais, como o cuidado de si e estilo de vida (NUCCI, 2011). Foi possível compreender que a pílula anticoncepcional teve, desde o seu início, diferentes possibilidades de utilização, seja como anovulatório ou como medicamento para tratar de outras “desordens” do corpo. Os anos iniciais de seu uso estavam marcados por debates em torno da preocupação

demográfica, sobre o controle da natalidade, as mudanças nas expectativas sociais em relação às mulheres. Nesse período, também tomavam força os movimentos sociais que nas décadas seguintes protagonizariam a luta pela democratização da saúde no Brasil.

Nesse estudo, identificamos as principais maneiras de acesso à informação sobre a pílula pelos médicos entrevistados. A partir de seus relatos, nos deparamos com a relação entre a divulgação da pílula e a indústria farmacêutica, principalmente, através dos representantes farmacêuticos e do financiamento de eventos médico-científicos. Igualmente, pudemos discutir sobre prescrição da pílula anticoncepcional, o modelo biomédico e a relação com a medicalização do corpo feminino.

Ao serem convidados a falar de suas práticas cotidianas referentes à década de 1960, alguns relatos acabaram trazendo uma mistura de questões, passadas e atuais (como gravidez na adolescência, tratamento de acne, regulação do ciclo menstrual), para se referirem ao uso desta tecnologia contraceptiva. Consideramos que esta oscilação, que combina elementos passados e atuais, é expressão dos desafios desse tipo de pesquisa em que o recurso à memória é fundamental para recontar e reconstruir as experiências vividas após anos decorridos. A estratégia metodológica adotada trouxe muitos desafios para realização deste estudo, mas consideramos que a reflexão sobre as escolhas realizadas e as limitações decorrentes foram extremamente profícuas, não somente ao que concerne ao meu desenvolvimento e formação como pesquisadora, mas também por apontar ricos elementos para a compreensão destes 50 anos de utilização da pílula.

Nos relatos dos entrevistados, foi possível observar que a prescrição da pílula diz respeito a quem tem o poder de escolha e a quem cabe a responsabilidade de realizar a anticoncepção: o médico. Dessa forma, encontramos resultados importantes no que concerne ao médico aparecer como protagonista na escolha do método que será prescrito para as mulheres. A prática da prescrição da pílula anticoncepcional foi sendo construída como uma prática exclusiva do médico associada à ginecologia, por essa ser considerada a especialidade responsável pela saúde da mulher (VIEIRA, 2002). Como problematiza Rohden (2006), uma apresentação histórica da prática médica nos permite compreender como concepções consideradas naturais foram construídas ao longo do tempo. Levar em conta essa perspectiva permite um olhar novo sobre conceitos e intervenções tidos como verdades.

Outro importante aspecto apontado diz respeito à influência da indústria farmacêutica no processo de aceitabilidade e crescente utilização da pílula. Desde os anos 1960, a principal maneira de divulgação dos medicamentos era feita através dos representantes farmacêuticos e da distribuição de amostras grátis. A pílula, nesse caso, passa a ser divulgada da mesma forma que os outros medicamentos, através do desenvolvimento de novas composições e novas marcas no mercado. No processo de comercialização, passa a ser estimulado o uso de uma marca em detrimento de outra e o médico (muitas vezes influenciado pelas amostras grátis deixadas pelos laboratórios nos consultórios) não consideravam para a prescrição da pílula aspectos como a individualidade de cada mulher, efeitos colaterais e o direito das mulheres sobre o corpo, mas sim o laboratório que a produziu e a divulgação realizada pelos representantes farmacêuticos. Nesse contexto, o corpo

das mulheres torna-se objeto de saber-poder, lugar onde diferentes combinações de hormônios são testadas e onde a história da pílula continua sendo tecida.

Uma importante contribuição desse estudo se deu ao analisar a formação de uma tríade no que diz respeito à prescrição da pílula anticoncepcional, composta por indústria farmacêutica, médicos e mulheres. A maior parte dos estudos sobre contracepção contemplam as relações entre o uso dos anticoncepcionais segundo díades, tais como: Estado vs. Mulher; Médicos vs. Mulher, Igreja vs. Mulher. O presente trabalho discutiu a influência da indústria farmacêutica, não como uma extensão do médico, mas sim como um importante pilar na tríplice relação constituída.

Ainda temos debates candentes no que concerne à gestão da fecundidade e o uso de determinadas tecnologias sobre os corpos. O investimento na formação de profissionais de saúde e inserção de discussões como saúde integral e questões de gênero são fundamentais para uma compreensão crítica sobre saúde. A insistência e busca por um trabalho interdisciplinar em relação à saúde da mulher também é essencial para uma possível mudança do cenário cujo modelo, ainda hegemônico, é o médico-centrado.

Uma história que tem 50 anos: a história da criação da pílula anticoncepcional é contada como uma parte importante da revolução feminina dos costumes, de apropriação dos próprios corpos e de separação entre sexualidade e reprodução. Mas, até que ponto pode-se denominar de revolução algo que exclui os homens do processo da responsabilidade contraceptiva? Trazer as mulheres para o centro dessa discussão se faz essencial para a compreensão de seus saberes e para que possam exercer seus direitos e ter experiências autônomas durante suas trajetórias

sexuais e reprodutivas. Há que se atentar para recentes movimentos de grupos de mulheres que advogam em prol de métodos contraceptivos “mais naturais e saudáveis”, rejeitando o uso dos hormônios e buscando alternativas não hormonais para a contracepção. Nesse contexto, falar da história da prescrição da pílula é levar em consideração os múltiplos agentes, interesses e práticas que ainda se inscrevem sobre os corpos das mulheres.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, A.T.; SCHOR, N. Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial. **Saúde soc.** [online], vol. 7, n. 1, p. 87-110, 1998.

ALVES, J. E. D. **As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006.

ÁVILA, M. B. M.; CÔRREA, S. O movimento de saúde e de direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 70-103. (Saúde em Debate, 125).

BARROS, J.A.C de. **Propaganda de medicamentos: Atentado à saúde?** São Paulo: HUCITEC SOBRAVIME, 1995.

BERQUÓ, E. **Os corpos silenciados**. Novos estudos. São Paulo. 1982

BERQUÓ, E. **Algumas questões para a demografia dos anos noventa**. Revista Brasileira de Estudos de População, Vol. 8, No. 1-2, Jan./Dez. pp. 55-60. São Paulo, Brasil. 1991

BERQUÓ, E. **Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e parto cirúrgicos à espera de uma ação exemplar**. Campinas, 1993

BEZERRA JR, B. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: SOUZA, A.N e PITANGUY, J. **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro. Editora UFRJ, 2006.

BRASIL, Congresso Nacional Decreto-Lei nº 3.688, de 03 de outubro de 1941. Dispõe das Lei das Contravenções Penais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 41. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decretolei/Del3688.htm. Acesso em 22/02/2016.

BRASIL, Congresso Nacional. **Exame da Incidência da Esterilização em Massa de Mulheres no Brasil**. Comissão Parlamentar de Inquérito: Relatório Final, Brasília, 1993.

BRASIL, PNDS 2006: **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório**. Brasília, 2008.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Farmacopeia Brasileira**, v.2. Brasília: Anvisa, 2010. 546p.

BRIGAGÃO J.I.M. A mulher como sujeito: direitos sexuais, reprodutivos e políticas na área de saúde Gênero e as Políticas de Saúde. In: Abreu MP. (Org.) **Redistribuição, reconhecimento e representação: diálogos sobre igualdade de gênero**. Brasília: IPEA; 2011. p. 57-66.

BOZON, M. L'évolution des scénarios de La vie reproductive des femmes au Brésil: médicalisation, genre ET inégalités sociales. **Revue Tiers Monde**, Paris, v. 48, n. 182, p. 359-384, 2005.

CABRAL, C. S. **Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade: agência individual, contextos relacionais e gênero**. 2009. 299 f. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

CAETANO, A.J.; POTTER, J.E. **Politics and female sterilization in Northeast Brazil**. Population and Development Review, Vol. 30, No. 1, pp. 79-108, 2004

CAMARGO JÚNIOR, R. M. K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; CAMARGO JÚNIOR, R. M. K. R. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2003.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

COSTA, Ney Francisco Pinto. (org.). **BEMFAM: 40 anos de história e movimento no contexto da saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2005

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

CRUZ, E.F; ARAUJO, H.M.E.A; GERVÁSIO, M.de.G; SANTOS, T.B. Gênero, Saúde e Educação um convite à mudança social. In: ZANIRATO, Silvia Helena. (Org.). **Participação política: atores e demandas**. São Paulo: AnnaBlume, 2014. p 75-89

DAMATA, R. **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. Petrópolis: Vozes, 1981.

DIAS, T.M.D. **Controvérsias e estabilização: o debate sobre as pílulas anticoncepcionais no diário O Globo, nas décadas de 1960 e 1970**. Dissertação de Mestrado (2015)

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FARIA, V.E. Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos. In **Ciências Sociais Hoje**. São Paulo: Vértice/ANPOCS, 1989.

FERRAND, M.; WOLFF, C.S. O aborto, uma condição para a emancipação feminina. **Estudos Feministas**, p. 653-659, 2008.

FONSECA SOBRINHO, D. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; FNUAP, 1993.

FOUCAULT, M. **A História da Sexualidade - a vontade de saber, Vol. 1**. Rio de Janeiro, Graal, 1977.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 10ª ed. Rio de Janeiro / São Paulo: Record, 2007

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: **Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade**. MINAYO, C.S, DESLANDES, SF, GOMES, R. 33.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013

HUYSSSEN, A. **Seduzidos pela memória: arquitetura, monumentos, mídia**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2000. 116p.

JANNOTTI, C. B. **Reflexividade, sexualidade e reprodução: processos políticos no Brasil e no Chile**. 2002. 357 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

LE BRETON, D. **Sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2006.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LUZ, M.T. Biomedicina e racionalidade científica no ensino contemporâneo da área da saúde. In: SOUZA, A.N e PITANGUY, J. **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro. Editora UFRJ, 2006.

MANICA, D.T. **Supressão da Menstruação: Ginecologistas e Laboratórios Farmacêuticos Re-apresentando Natureza e Cultura**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). IFCH, Unicamp, Campinas, 2003.

MANICA, D. T. **Contracepção, natureza e cultura: interações entre medicina, mídia e a indústria farmacêutica através da etnografia de uma trajetória**. 2009. 333 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

MANICA, D. A vida social dos medicamentos: etnografias e escolhas. **Revista de Antropologia Social dos alunos do PPGAS-UFSCar**, v. 4, n. 1, p. 176-188, jan./jun. 2012.

MARTIN, E. Metáforas médicas do corpo da mulher: menstruação e menopausa. In: **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MCLAREN, A. **História da contracepção: da antiguidade à actualidade**. Lisboa: Terramar, 1997.

MENEZES, V. A. **“Fiquei homem”: maternidade, conhecimento e contracepção entre mulheres pobres de Fortaleza (1960-1980)**. 2012. 242f. Dissertação (Mestrado em História Social) Universidade Federal do Ceará. Centro de Humanidades – Programa de pós-graduação em História. Fortaleza. 2012.

MEIHY, JCSB; HOLANDA, F. **História Oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto; 2007.

MIGUELOTE, V. R. S.; CAMARGO JUNIOR, K.R. Indústria do conhecimento: uma ponderosa engrenagem. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, 2010, p. 190-196.

MINAYO, MC de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de saúde pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

NUCCI, M. Seria a pílula anticoncepcional uma droga de “estilo de vida”? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, mar. 2012.

OUDSHOORN, N. On the making of sex hormones: research materials and the production of knowledge. In: **Social Studies of Science** Vol. 20. SAGE: London, Newbury Park and New Delhi, 1990.

OUDSHOORN, N. **Beyond the natural body: an archeology of sex hormones**. London: Routledge, 1994.

OTTONI, A. L. M; CABRAL, C. S. **A trajetória dos contraceptivos hormonais no Brasil: um estudo documental a partir da produção de teses e dissertações em três faculdades de medicina do estado de São Paulo**. Relatório de Pesquisa. Fac. Saúde Pública – USP, 2016.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**, v. 23, n. 45, p. 239-260, 2003.

PEREIRA, D.H.M. A história da reprodução humana no Brasil. **FEMINA**. vol 39, nº 2, 2011.

PEREIRA, P.L.N. **Os discursos sobre a pílula anticoncepcional na revista Cláudia no período de 1960 a 1985**. Dissertação de Mestrado. 2016

PISCITELLI, A. **Gênero: a história de um conceito**. In: ALMEIDA, H.B e SZWAKO, J. Diferenças, igualdades. São Paulo: Editora Berlendis& Vertecchia, 2009.

PIGNARRE, P. **O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos Oraís: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON, O.(Org.). **Experimentos com Histórias de Vida**. São Paulo: Vértice, 1988. p. 14-43.

QUIVY R.; CAMPENDHOUT, LV. As entrevistas exploratórias. In: **Manual de investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 1998.

RABINOW, P.; ROSE, N. **O conceito de biopoder hoje**. *Política & Trabalho*: Revista de Ciências Sociais, João Pessoa, n. 24, p. 27-57, abr. 2006.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROHDEN, F. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ROHDEN, F. Sexualidade e gênero na medicina. In: SOUZA, A.N e PITANGUY, J. **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro. Editora UFRJ, 2006.

RUSSO, J. Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: SOUZA, A.N e PITANGUY, J. **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro. Editora UFRJ, 2006.

SARTI, C. A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Estudos feministas**, v. 12, n. 2, p. 35-50, maio-agosto/2004.

SCAVONE, L. Tecnologias reprodutivas: novas escolhas, antigos conflitos. In: **Cadernos Pagu** (10). São Paulo: Núcleo de Estudos de gênero/UNICAMP, 1998.

SCAVONE L. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. SOS Corpo. 2ª edição. Recife, 1995.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. Metodologias qualitativa e quantitativa. In: _____. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. pp. 33-44.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 84p. 2002.

VILLELA, W.V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. **Sexo&Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora Unicamp, 2003. P.95-145.

YAMAMOTO, S.T. **A esterilização cirúrgica feminina no Brasil, controvérsias na interpretação e desafios na aplicação da Lei 9263**. Dissertação de Mestrado. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2011

WATKINS, E.S. **On the pill: A Social History of contraceptives, 1950-1970**. Baltimore and London: John Hopkins University Press, 1998.

WOLFFERS, I.; HARDON, A.; JANSSEN, J. O marketing da fertilidade. Menstruação. Aborto. Indústria farmacêutica. **Saúde em Debate 40**. São Paulo: HUCITEC, 1991.

APÊNDICE

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “A prescrição médica da pílula anticoncepcional: um capítulo da história da anticoncepção hormonal no Brasil”.

Pesquisadoras Responsáveis: Francine Even de Sousa Cavalieri/ Cristiane da Silva Cabral

Este projeto tem como objetivo conhecer a história da prescrição das pílulas anticoncepcionais através das narrativas dos profissionais médicos que atuaram em São Paulo na década de 1960.

Para isto, convido você a participar desta pesquisa, por meio de uma entrevista norteada por questões relativas à sua experiência, e informo que, uma vez aceitando colaborar com a pesquisa, não haverá prejuízo, despesas e/ou custos no que diz respeito a sua participação neste estudo e que você terá a liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, sem que essa atitude implique prejuízos a você. O risco de sua participação é mínimo (cf. Resolução CNS 466/12) e pode estar presentes na fase de divulgação dos resultados, por meio de exposição ou interpretação. A pesquisadora responsável garante que os danos mínimos previsíveis serão evitados por meio de anonimato e sigilo de sua identidade, utilizando as informações fornecidas por meio de um codinome de conhecimento apenas da pesquisadora. Você também poderá solicitar esclarecimentos ao Comitê de Ética em pesquisa da instituição responsável cujo endereço e telefone encontram-se abaixo descritos.

Esclareço que a entrevista é presencial e individual, poderá ter duração média de 1 (uma) hora, e será realizada no local e horário que melhor convier. Peço, ainda, sua autorização para que a entrevista seja gravada, a fim de facilitar o registro das informações e otimizar o tempo de nossa conversa. As gravações e transcrições ficarão no arquivo particular da pesquisadora, sem acesso a terceiros estranhos à pesquisa e sem identificação dos entrevistados. Os dados obtidos poderão ser utilizados em publicações futuras (científicas ou não) e em eventos.

Assim, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, através dos telefones e e-mail abaixo relacionados.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

Declaração de consentimento pós-esclarecido

Eu aceito participar desta pesquisa e tive a oportunidade de ler este documento ou este foi lido para mim. Todas as minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Eu entendi o motivo deste estudo, os procedimentos e os riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Participante do estudo: _____

Assinatura: _____

_____ de 2016

Local e data

Declaração do membro da equipe de pesquisa

Eu, abaixo assinado, expliquei para a participante os procedimentos a serem realizados durante o estudo e os riscos e benefícios decorrentes desta participação. Eu atesto que ela assinou este termo voluntariamente.

Pesquisadora: Francine Even de Sousa Cavalieri

Assinatura: _____

_____ de 2016

Local e data

Instituição: Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública (USP/FSP) - Av Dr Arnaldo, 715 – Cerqueira César – São Paulo – SP - Telefone: (11) 3061-7703 – pesquisafsp.usp@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública – USP – Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – São Paulo – SP - Telefone: (11) 3061-7779 – coep@fsp.usp.br

Apêndice II - Roteiro de entrevista

Dados de identificação:

Nome:

Ano de Nascimento: _____ Idade atual: _____

Com o que trabalha atualmente:

Ano e Instituição que se formou:

Ano que terminou a residência e instituição:

Ano de início de atuação profissional: _____ Local: _____

Questões iniciais

- 1) Nessa época em que começou a trabalhar?
- 2) Quando foi a primeira vez que ouviu falar em pílula?
- 3) Qual era a sua principal fonte de informação sobre a pílula naquela época?
(*Faculdade, eventos científicos, revistas, representantes*)
- 4) E as revistas de publicação científica da época o que elas falavam?
- 5) Havia algum protocolo para a prescrição da pílula? E a legislação brasileira falava sobre a pílula?
- 6) E como era a relação com as mulheres/pacientes? Elas tinham preocupação com o controle da natalidade? Elas perguntavam sobre questões relacionadas a sexualidade? Como isso aparecia nos consultórios?
- 7) Quais eram suas orientações sobre anticoncepção/contracepção na época, década de 1960?
- 8) O senhor (a) acha que a chegada da pílula mudou essa prática?
- 9) O senhor (a) se lembra quem eram as mulheres que solicitavam os métodos contraceptivos? (*E a pílula também*)
- 10) O senhor (a) acha que as mulheres tinham acesso as informações sobre a pílula em outros lugares? Ou era basicamente nos consultórios?
- 11) As mulheres procuravam o consultório sozinhas ou acompanhadas? (*Quem as acompanhava? Companheiro? Ou outra mulher?*).

- 12) Os acompanhantes tinham dúvidas em relação a pílula? Se lembra de ter respondido as dúvidas de homens sobre a pílula?

Sobre a prescrição da pílula:

- 13) Para que a pílula era prescrita naquela época?
- 14) Como era feita a prescrição? Em geral usava-se o nome comercial da pílula? Descrevia o modo de usar?
- 15) O senhor (a) prescrevia diferentes tipos de pílula?
- 16) Como era o acompanhamento das mulheres?
- 17) Elas tinham queixas do uso da pílula? Em geral, as mulheres aderiram a pílula?
- 18) O senhor sabe se era possível comprar sem receita a pílula? *Sabe se muitas faziam isso?*
- 19) O senhor dava amostras grátis no consultório?

Sobre a indústria farmacêutica:

- 20) Nos anos 1960 quais eram as estratégias da indústria farmacêutica para divulgar as pílulas?
- 21) O senhor se lembra de alguma propaganda comercial dessa época?
- 22) Os representantes já visitavam os consultórios nessa época?
- 23) Eles deixavam amostras grátis? O que eles deixavam?

Fechamento:

- 24) O senhor acha que o comportamento de homens e mulheres mudou depois do uso da pílula?
- 25) Houve algum momento ou evento de qualquer natureza que tenha marcado a sua vida profissional?
- 26) Tem mais alguma coisa que o senhor gostaria de dizer?

Apêndice III - Convite para participação no estudo

Convidamos médicos(as) ginecologistas que tenham atuado na década de 1960 para falar sobre sua experiência como profissionais acerca da história da pílula anticoncepcional no país.

Se você é médico(a) ou conhece algum(a) que tenha atuado na década de 1960 entre em contato com a pesquisadora Francine através do e-mail: francinevensc@gmail.com ou telefone: (11) 99120-9330

ANEXO

Anexo I -Aprovação do comitê de ética

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Contracepção feminina: a história da pílula anticoncepcional sob a ótica de seus prescritores

Pesquisador: Francine Even de Sousa Cavaliéri

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54208016.5.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.548.848

Apresentação do Projeto:

A pílula anticoncepcional passa a ser utilizada no Brasil a partir de 1962. Seu uso trouxe transformações políticas e sociais ao país: a pílula passa a ter grande aceitabilidade das mulheres e permanece como o método contraceptivo mais utilizado por elas até os dias de hoje. Seu uso influenciou na queda da taxa de fecundidade e compõe, atrelada a uma série de outros fatores, o conjunto de transformações que modifica políticas públicas referentes a saúde reprodutiva e a saúde sexual feminina.

Objetivo da Pesquisa:

Este projeto de pesquisa tem como objetivo analisar a história da prescrição das pílulas anticoncepcionais pelos médicos que atuaram em São Paulo na década de 1960. O foco da pesquisa é conhecer como a pílula foi introduzida no país a partir da narrativa de seus prescritores e os desdobramentos da sua utilização como método anticoncepcional por grande parte das mulheres. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que utilizará a técnica da história oral para analisar as narrativas dos médicos sobre a maneira como a pílula era prescrita as mulheres na década de 1960 em São Paulo.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.548.848

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Serão entrevistados médicos ginecologistas que estiveram exercendo profissionalmente essa especialidade na década de 1960. Portanto deveria mencionar que existem riscos mínimos, e não que "Não confere riscos aos participantes."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e inovadora sobre tema pouco abordado, a história das práticas contraceptivas e seus impactos sócio-culturais, e especificamente os de gênero.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto devidamente preenchida. No TCLE, está adequada a menção ao risco: "O risco de sua participação é mínimo (cf. Resolução CNS 466/12) e pode estar presentes na fase de divulgação dos resultados, por meio de exposição ou interpretação."

Recomendações:

Pequena correção na versão básica do projeto, está ok na versão longa e no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_675320.pdf	10/03/2016 12:30:48		Aceito
Folha de Rosto	scan0242.pdf	10/03/2016 12:29:48	Francine Even de Sousa Cavalieri	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	07/03/2016 13:23:49	Francine Even de Sousa Cavalieri	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/03/2016 13:23:38	Francine Even de Sousa Cavalieri	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.548.848

SÃO PAULO, 17 de Maio de 2016

Assinado por:
Maria Regina Alves Cardoso
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

Anexo II - Currículo Lattes

Orientadora Professora Cristiane da Silva Cabral

[English](#)

[Dados gerais](#)
[Formação](#)
[Atuação](#)
[Projetos](#)
[Produções](#)
[Inovação](#)
[Educação e Popularização de C & T](#)
[Eventos](#)
[Orientações](#)
[Bancas](#)
[+](#)

Cristiane da Silva Cabral

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1920037495282071>

Última atualização do currículo em 25/10/2016

Professora do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP). Possui bacharelado em Psicologia, formação de Psicólogo e residência em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Saúde Coletiva (área de concentração em Ciências Humanas e Saúde) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Fez estágio doutoral no INED (Institut National d'Études Démographiques) - França. Tem pós-doutorado pelo Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). É colaboradora em grupos de pesquisa específicos de algumas instituições: Núcleo de Estudos de População da UNICAMP (NEPO/UNICAMP); Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos e do Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ; Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ); Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz (IFF/FIOCRUZ). Tem dedicado seus estudos a temáticas relativas a juventude, relações de gênero, família, contracepção, sexualidade e reprodução sob a perspectiva que integra as metodologias qualitativa e quantitativa de pesquisa. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Cristiane da Silva Cabral

Nome em citações bibliográficas CABRAL, C. S.; CABRAL, CRISTIANE DA SILVA; CABRAL, CS; DA SILVA CABRAL, CRISTIANE; CABRAL, CRISTIANE S.

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
 Av. Dr. Arnaldo, 715, 2 andar
 Cerqueira César
 01246904 - São Paulo, SP - Brasil
 Telefone: (11) 30617129
 URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br>

Formação acadêmica/titulação

2007 - 2011 Doutorado em Saúde Coletiva.
 Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, IMS/UERJ, Brasil.
 com **período sanduíche** em Institut National D'Etudes Demographiques (Orientador: Michel Bozon).
 Título: Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade: agência individual, contextos relacionais e gênero, Ano de obtenção: 2011.
 Orientador: Maria Luiza Heilborn.
 Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
 Palavras-chave: sexualidade; juventude; gênero; contracepção.
 Grande área: Ciências da Saúde

Mestranda Francine Even de Sousa Cavaliéri

Dados gerais | Formação | Atuação | Produções | Educação e Popularização de C & T | Eventos | +

Francine Even de Sousa Cavaliéri

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2695807012319474>

Última atualização do currículo em 26/10/2016

Obstetriz formada pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) e atualmente Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Possui interesse em pesquisa em saúde da mulher, contracepção, medicalização, direitos sexuais e direitos reprodutivos, gênero, antropologia da saúde, cuidado e processo saúde-doença. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome: Francine Even de Sousa Cavaliéri

Nome em citações bibliográficas: CAVALIERI, F. E. S.; CAVALIERI, FRANCINE EVEN DE SOUSA

Endereço

Formação acadêmica/titulação

- 2015** Mestrado em andamento em Pós-graduação em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública, FSP, Brasil.
Título: A história da pílula contraceptiva sob a ótica dos seus prescritores na década de 1960 na cidade de São Paulo., Orientador: Cristiane da Silva Cabral.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
- 2009 - 2014** Graduação em Obstetrícia.
Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, EACH-USP, Brasil.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.

Formação Complementar

- 2015 - 2015** Extensão universitária em Medicalização do corpo. (Carga horária: 32h).
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil.
- 2013 - 2013** Cidade Constitucional, a Capital da República-VII. (Carga horária: 12h).
ESAF-ESCOLA DE ADMINISTRACAO FAZENDARIA, EAF_FORN, Brasil.