

**Daniela Tonelli Manica**

## **SUPRESSÃO DA MENSTRUÇÃO**

**GINECOLOGISTAS E LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS RE-APRESENTANDO  
NATUREZA E CULTURA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Departamento de Antropologia do Instituto de  
Filosofia e Ciências Humanas da Universidade  
Estadual de Campinas sob a orientação da  
Profa. Dra. Suely Kofes

Este exemplar corresponde à redação  
final da Dissertação defendida e  
aprovada pela Comissão Julgadora  
em 27/02/2003

BANCA

Profa. Dra. Suely Kofes (orientadora)

Profa. Dra. Maria Teresa Citeli (membro)

Prof. Dr. José Luiz dos Santos (membro)

Fevereiro, 2003.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP

Manica, Daniela Tonelli

M 314 s      **Supressão da menstruação: ginecologistas e laboratórios farmacêuticos re-apresentando natureza e cultura / Daniela Tonelli Manica. - - Campinas, SP : [s.n.], 2003.**

**Orientador: Suely Kofes.**

**Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.**

**1. Anticoncepção. 2. Menstruação. 3. Mulheres. 4. Natureza. 5. Cultura. 6. Biotecnologia farmacêutica. I. Kofes, Suely. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.**

**Daniela Tonelli Manica**

***Supressão da Menstruação***

***Ginecologistas e Laboratórios Farmacêuticos Re-  
Apresentando Natureza e Cultura***

**Aos meus pais, Lêda e Marco e minha irmã Lilian.**

**Ao Evandro.**

**À minha Vó Magdalena, que, a seu modo, me  
ensinou desde pequena a relativizar as coisas.**

The attempt to understand human societies collides with the fact that, concurrently with the modification of what is shared and what is felt as self-evident, our language itself has followed in the wake of modern ideology. Language tends thus imperceptibly to obliterate the traces of its own evolution, rendering it extremely difficult to identify the slippages of meaning which have occurred. We must then make an effort to register, along this continuum of slippages, certain leaps of meaning whose height and direction may be measured.

Daniel de Coppet, 1992: 63

# SUMÁRIO

<u>RESUMO</u> .....	3
<u>AGRADECIMENTOS</u> .....	5
<u>INTRODUÇÃO</u> .....	9
<u>CAPÍTULO 1: Produção de Novos Contraceptivos, Re-apresentações de Gênero e Menstruação nos Folhetos Distribuídos Pelos Laboratórios Farmacêuticos</u> .....	23
Uma revolução "no braço".....	25
Controlando e planejando a menstruação: o uso contínuo da pílula.....	45
(Re)inventando a contracepção: o "endoceptivo".....	60
De efeitos colaterais a vantagens: deslocamentos contextuais da supressão da menstruação.....	69
<u>CAPÍTULO 2: Ginecologistas, Contraceptivos e Laboratórios nos Congressos Médicos</u> .....	77
Programações e classificações no 49º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia.....	82
Novas abordagens e interações: O VII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia.....	87
O <i>quase-mercado</i> da contracepção.....	90
Os laboratórios pelos ginecologistas: simpósios patrocinados nos congressos.....	97
<i>Cá entre nós</i> : os contraceptivos nos cursos, conferências e fóruns dos congressos.....	105
A sessão ponto e contraponto no VII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia: <i>É necessário menstruar?</i> .....	116
<u>CAPÍTULO 3: O Debate sobre a Supressão da Menstruação Re-apresentando Natureza e Cultura</u> ..	127
Dos seios aos hormônios sexuais: concepções e práticas sobre o corpo.....	131
Embates entre natureza e cultura.....	133
Sentidos de natureza nos debates sobre a contracepção e a menstruação.....	137
A menstruação como produto da cultura.....	152
<u>CONCLUSÃO</u> .....	163
<u>BIBLIOGRAFIA</u> .....	171

## RESUMO

A supressão dos sangramentos menstruais era possível desde o lançamento dos primeiros contraceptivos hormonais, na década de 1960. No entanto, os primeiros contraceptivos foram formulados de maneira que ocorressem sangramentos mensais. Nessa dissertação de mestrado em Antropologia Social, procuro seguir parte da trajetória social de alguns contraceptivos hormonais que podem provocar a supressão dos sangramentos mensais, lançados a partir de 1999 no mercado brasileiro. Através do material produzido pela indústria farmacêutica na divulgação desses contraceptivos e da fala de alguns ginecologistas sobre eles, procuro delinear alguns traços do contexto de relações entre ginecologistas, mulheres, contraceptivos e indústria farmacêutica, pensando também como, a partir dessas relações, determinadas noções e concepções de gênero, menstruação e contracepção e os conceitos de natureza e cultura são acionados.

## ABSTRACT

The suppression of menstruation has been possible since the first hormonal contraceptives, produced in the decade of 1960. However, the first contraceptives were patterned in such a way that mensal bleedings would occur. In this dissertation for the master degree in Social Anthropology, I intend to follow the social trajectory of some hormonal contraceptives that may cause the suppression of menstrual bleeding available in the Brazilian market since 1999. Through the material produced by the pharmaceutical industry to advertise these contraceptives and what some gynecologists say about them, I intend to draw some traces of the context of relationships between gynecologists, women, contraceptives and pharmaceutical industry, thinking also about how, through these relationships, some notions and conceptions of gender, menstruation and contraception and the concepts of nature and culture are displayed.

## AGRADECIMENTOS

Felizmente, tenho muitas pessoas a quem agradecer. Apesar da rapidez com que se passaram os dois anos que tive para desenvolver esta pesquisa, essas pessoas me lembram com alegria do quanto esses anos foram intensos.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao CNPq pelo financiamento da bolsa de mestrado e à Pró-Reitoria de Pesquisa da Unicamp (Proap), que contribuiu concedendo por diversas vezes a verba para a pesquisa de campo. Agradeço, também, à Maria Aparecida Ferreira e Edmilson Modesto, pelo apoio nessas solicitações.

Agradeço à professora e coordenadora do Mestrado em Antropologia Social, Emília Pietrafesa de Godoi, pela dedicação e apoio às minhas atividades durante o mestrado, à Christina Faccioni, da secretaria de pós-graduação e Irene Hatsue Matsusato, da secretaria do departamento de Antropologia.

Aos professores que colaboraram com a minha formação, Rita de Cássia Morelli, Robin Wright e Guillermo Raul Ruben, e às professoras Mariza Corrêa, Maria Margaret Lopes, Heloisa Pontes e Vanessa Lea pelas sugestões dadas para a pesquisa. Ao professor Etienne Samain agradeço às sugestões para lidar com as imagens.

Agradeço aos colegas de mestrado André Luis Borges, Christiano Tambascia, Daniela Ferreira Araújo Silva, Fabiana Jordão Martinez, Gábor Basch e Maria Luiza Scaramella pela amizade e pela convivência agradável.

Às queridas Malu Scaramella, Paula Vermeersch, Elaine Dias e Maria Célia Terra Rodrigues, por terem me acolhido, em vários sentidos.

Aos amigos e colegas da APG/IFCH que, em tempos de tantos individualismos, me ajudaram a acreditar na possibilidade de conjunções, políticas e afetivas, Eliana Creado, Giovana Acacia Tempesta, Antonio Rafael da Silva Junior, Daniel Barbosa Andrade de Faria, Marcelo Vasconcellos, Raimundo Nonato Penor Marrone, Christiana Galvão Ferreira Freitas, Fábio Villela, Ricardo Figueiredo Pirola, Danilo Enrico Martuscelli, Geraldo Augusto Pinto, Héctor Fernando Segura Ramirez, Márcio Henrique de Moraes Baroni,

Vitor Wagner de Oliveira, Marco Antonio Acco, João José Lima Almeida, Nádia Cristina Nogueira, Juliana de Couto Ghisolfi e Luis Fernando Vitagliano.

Aos amigos Claudia Baeta Leal, Gustavo Henrique Tuna, Flávia Biroli, Roberto Baptista Jr, Fabiana Komesu, Mariana de Campos Françaço, Felipe Ferreira Vander Velden, Fernando Senaha, Carla de Jesus Dias, Allan Monteiro, Graziella Cardoso Bonadia, Luis Estevam de Oliveira Fernandes e Aline Vieira de Carvalho.

Aos colegas do seminário de pesquisas, Vilson Antonio Cabral Junior, Lady Selma Ferreira Albernaz, Denise Pirani, Carolina Cantarino, Raquel Wiggers, Noelle Lechat, Ana Paula Belon Lima, Maisa Cunha, Nicolas Alexandria e Patrícia Inês Garcia de Souza. Agradeço à professora Suely Kofes pela iniciativa de organizar o seminário. As discussões que realizamos foram essenciais para o amadurecimento das questões da pesquisa.

Ao Dr. Sergio Macedo, pelo apoio e estímulo para que a pesquisa fosse realizada, ao Dr. Milton Ribeiro, pela atenção, orientação e apoio durante a pesquisa de campo e a todos os médicos que colaboraram com a pesquisa.

Aos colegas do Grupo de Trabalho *Pessoa e Corpo* da Anpocs, Ana Paula dos Reis, Rachel Aisengart Menezes, Rosana Horio Monteiro, Luiz Fernando Rojo, Lílian Krakowski Chazan, Naara Lucia de Albuquerque Luna, Eduardo Viana Vargas, Mauricio Fiore, Rogério Lopes Azize, Fabíola Rohden e Ana Venâncio e aos professores organizadores do GT, Luis Fernando Dias Duarte e Jane Russo, pela oportunidade de discussões bastante frutíferas.

À Rosely Gomes Costa, pela solicitude em ler e discutir o texto, agradeço suas sugestões. À Martha Célia Ramirez, por ter apontado para outras questões e perspectivas, pelas sugestões teóricas e indicações de dados e materiais sobre a contracepção.

À professora Nádia Farage, pela leitura atenta e pelas críticas contundentes ao texto da qualificação e ao professor José Luis dos Santos, pela participação na banca de defesa.

À Maria Teresa Citeli, pelo carinho e estímulo dedicados à pesquisa, por ter me chamado atenção para a questão essencial da *materialidade* dos contraceptivos e pelas preciosas sugestões bibliográficas, que colaboraram significativamente na redação final da dissertação. Agradeço por sua participação nas bancas de qualificação e de defesa.

Aos meus pais, sou grata por tudo o que fizeram e continuam fazendo por mim. Sem o seu apoio e dedicação, nada teria acontecido.

Ao meu querido Evandro, agradeço pelo carinho e pela companhia, pelas palavras certas nos momentos certos, pela sua presença sempre agradável e tranquilizadora. Além de tudo isso, agradeço ainda o seu estímulo para que a pesquisa acontecesse, a revisão atenta dos textos, a edição das imagens e todas as outras questões que me ajudou a solucionar desde o começo da pesquisa.

Gostaria, por fim, de agradecer à minha orientadora, Professora Suely Kofes. Sou extremamente grata pela sua atenção e dedicação à orientação, e ao respeito com que me recebeu e à pesquisa, quando ela não tinha sequer sido transformada em palavras. Agradeço pelo apoio e pela confiança de que ela poderia, sim, ser escrita, pela posterior paciência em ler e discutir os textos. Sem sua agradável e preciosa orientação eu jamais teria enfrentado todas as questões que se colocam para uma pesquisa acadêmica.

## INTRODUÇÃO

*Years from now, women may look back on the Year 2000 not as the dawn of the new millennium, nor as the height of the Internet revolution, but as the year women learned how to do away with their monthly periods. Like pregnancy, monthly periods are a choice - not an unavoidable chore - for any woman who takes birth control pills.*

Susan Chollar

WebMD Medical News (Chollar 2000)

A história do desenvolvimento das pílulas contraceptivas, conforme contada por Nelly Oudshoorn, nos mostra que, embora os efeitos dos hormônios para a contracepção fossem conhecidos por alguns pesquisadores desde a década de 1920, o desenvolvimento de um produto farmacêutico para o controle da fertilidade não aconteceu antes da década de 1950. Até o crescimento demográfico configurar-se como um problema social (para os estudos de população, movimentos de controle de natalidade e eugênicos), as pesquisas com contraceptivos hormonais não haviam encontrado um contexto ideal para o seu desenvolvimento (Oudshoorn 1990:115).

A ativista pelos direitos das mulheres Margaret Sanger, ao defender o desenvolvimento de uma contracepção eficiente para as mulheres, conseguiu convencer em 1951 o cientista Gregory Pincus a iniciar pesquisas em busca do desenvolvimento de um contraceptivo simples, barato e que pudesse ser aplicado universalmente. Para possibilitar a realização da pesquisa, Sanger teria obtido ainda um financiamento de 150 mil dólares com sua amiga Katherine Dexter Mc Cormick (Oudshoorn 1990:115).

Após confirmar os efeitos da progesterona (hormônio feminino) na inibição da fertilidade feminina, Pincus aliou-se ao médico John Rock para a realização de pesquisas clínicas. Os primeiros testes foram realizados com as pacientes de Rock, que usavam a progesterona em tratamentos para infertilidade. Logo, os cientistas teriam notado que a forma de administração contínua dos hormônios desagradava as pacientes que os testavam. Segundo Oudshoorn,

*A contraceptive that suppresses menstruation did not meet the requirements for a "universal" contraceptive. Pincus therefore changed the medication. The pills should be taken for twenty days, starting on the fifth day after menstruation (...) The choice of this*

*regime of medication was also shaped by moral objections to any drugs that would interfere with menstruation* (Oudshoorn 1990:120).

A supressão dos sangramentos menstruais era possível desde então, com o uso contínuo desses hormônios. No entanto, o receio dos efeitos colaterais advindos dessa forma de administração e a má percepção que esta supressão causava às mulheres teriam levado os idealizadores da pílula a formatar a pílula de maneira que os sangramentos observados em ciclos férteis (ovulatórios) pudessem ser reproduzidos.

Alguns autores apontam a preocupação com a manutenção dos ciclos como uma forma de tornar a intervenção humana sobre a bioquímica da reprodução o menos perceptível possível, reproduzindo a menstruação, tida então como um sinal de fenômenos *naturais* ao corpo feminino. Para Gladwell, por exemplo, um fator que teria influenciado a configuração da pílula no molde mais conhecido (21 dias mais 7 de pausa) foi a relação de John Rock com seus ideais religiosos. Sendo um médico católico, Rock esperava obter, com seu invento, a aprovação do Papa para o uso desse contraceptivo por todas as mulheres que desejassem a contracepção. O argumento era de que, ao contrário da camisinha ou da esterilização, o uso de hormônios - substâncias produzidas pelo corpo e, portanto, naturais - seria uma forma *natural* de se fazer a contracepção (Gladwell 2000).

O lançamento desses hormônios no mercado implicou, além dessa formatação que reproduzisse os processos entendidos como naturais ao corpo feminino, alguns outros cuidados. O efeito da contracepção, nos primeiros momentos de vida desses hormônios, não era explicitamente divulgado, restringindo-se a um pequeno comentário na bula do medicamento, como parte do item *advertências* (Oudshoorn 1990:133).

Temendo a baixa aceitação da contracepção no mercado, os laboratórios os divulgavam como medicamentos para *controlar e regular os ciclos menstruais* – um argumento que serviu, inclusive, para construir e sustentar a concepção da ciclicidade feminina e da similaridade biológica (universal) entre as mulheres em torno de sua fertilidade, como aponta Oudshoorn. Toda essa cautela quanto à divulgação dos hormônios como contraceptivos visava, segundo a autora, evitar protestos morais ou religiosos contra seu lançamento no mercado. Para prevenir-se desses protestos, os representantes dos laboratórios negociaram a publicação de três artigos substanciais no *Saturday Evening Post* e no *Reader's Digest* discutindo o *novo contraceptivo que estava sendo pesquisado em*

*Porto Rico*. Aguardaram cartas indignadas dos editores das revistas, que nunca apareceriam. O mercado parecia, como indica Oudshoorn, estar mais do que pronto para a contracepção hormonal. A advertência de que as mulheres poderiam não ovular durante o uso do hormônio funcionava, na verdade, como uma propaganda gratuita (Oudshoorn 1990:132-134).

O objetivo da autora, ao contar a história do surgimento da primeira pílula contraceptiva é demonstrar os sujeitos e as redes estabelecidas por eles para a produção de hormônios. Segundo ela, foi necessária a criação de todo um contexto de relações sociais para que se efetivasse a produção e comercialização desses contraceptivos. Após, então, a criação desse contexto a partir da década de 1960, conjuntamente ao desenvolvimento da indústria farmacêutica, a contracepção hormonal tornar-se-ia, de fato, um dos métodos contraceptivos mais usados no mundo, senão o mais usado.

Alguns dados apontam para o mercado brasileiro como contribuindo atualmente com pelo menos 10% do mercado da contracepção, o que corresponderia a um volume financeiro da ordem de 300 milhões dólares por ano (Corrêa 1998:33). Sonia Corrêa enfatiza a centralidade do *mercado* da contracepção no contexto brasileiro e a relação deste com projetos internacionais:

*Hoje está em curso a desestatização dos sistemas de produção e distribuição de métodos anticoncepcionais, de que os programas de "social marketing", implementados pela Usaid desde os anos 80, são a ilustração mais evidente. Num contexto de queda da fecundidade, conforma-se a emergência de um mercado global de anticoncepção que (...) mobilizava, em 1993, cerca de 3 bilhões de dólares ao ano. Em outras palavras, se por um lado firmam-se as noções de direitos reprodutivos, por outro aceleram-se processos de privatização na oferta de métodos (Corrêa 1998:34).*

No Brasil, como aponta Fátima Oliveira (1998), a questão da contracepção esteve concentrada em torno de dois métodos principais: as pílulas anticoncepcionais e a esterilização cirúrgica. Um declínio acentuado da taxa de natalidade no Brasil passou a acontecer a partir da década de 1960. A queda desde então tem sido mais rápida que em países que implementaram programas de planejamento familiar, como Indonésia, Índia, Paquistão, Bangladesh e México. Apesar de não ter implantado metas demográficas ou

programas de planejamento familiar, o Brasil tem uma taxa de natalidade apenas um pouco mais baixa que a China e a Tailândia (Citeli et. al. 1998) e uma das mais altas taxas de esterilização feminina, maior que a da Coréia do Sul (Oliveira 1998).

Para algumas autoras, os novos padrões culturais relativos à reprodução resultaram de um conjunto de questões como *urbanização, industrialização, proletarização da mão-de-obra rural e urbana, pobreza, entrada massiva de mulheres no mercado de trabalho, incremento dos anos de escolaridade de mulheres e homens, introdução (basicamente, no mercado) de novas tecnologias anticoncepcionais, mudanças institucionais no sistema de saúde e influência dos meios de comunicação* (Citeli et.al. 1998:61). Deveram-se, portanto, segundo elas, mais a mudanças no âmbito da *cultura* do que ao impacto de *políticas públicas*.

Além da boa receptividade das mulheres à questão da contracepção, uma outra especificidade brasileira é o fato de que boa parte do atendimento à demanda pela contracepção tem sido feita fundamentalmente pelo mercado. Os contraceptivos, assim, estiveram e estão disponíveis apenas para quem pode pagar por eles. A solução para um grande número de mulheres (principalmente aquelas que não têm tanto acesso aos contraceptivos do mercado, por questões financeiras) tem sido encontrada na realização das esterilizações cirúrgicas. Além destes métodos, um recurso ilegal, embora amplamente usado, reside na prática do aborto.

Segundo Margareth Arilha (1998) as questões do aborto e da contracepção no Brasil começaram a ser debatidas por volta dos anos 80, quando também o conceito de *direitos reprodutivos* começou a ser cunhado. As discussões sobre a esterilização só teriam entrado na pauta de reivindicações das feministas na década de 90, quando também as conferências promovidas pela ONU passaram a discutir o tema da saúde reprodutiva. Os efeitos da conferência do Cairo em 1994 e de Beijing em 1995 no Brasil incluíram a aprovação de uma legislação sobre saúde reprodutiva. Normatizada pelo Ministério da Saúde em novembro de 1997, a lei do planejamento familiar defende a diminuição da incidência da esterilização no Brasil. Segundo Corrêa (1998:35), esta lei favoreceu o surgimento de novas técnicas contraceptivas, para além da pílula e da esterilização, até então predominantes no Brasil. É neste contexto que (res)surgem as discussões sobre a supressão da menstruação e os contraceptivos que podem provocá-la.

Embora, como aponta Sonia Corrêa, os injetáveis trimestrais tenham sido introduzidos no Brasil na década de 70, até a aprovação da lei de planejamento familiar o seu uso não tinha atingido nem de perto o nível de aceitação das pílulas contraceptivas. Além desses métodos nunca terem tido uma divulgação ampla, essa baixa incidência de usuárias é atribuída pela autora à reação negativa das mulheres aos efeitos colaterais provenientes do uso desses injetáveis, principalmente a ausência dos sangramentos menstruais, chamada pelos médicos de *amenorréia* (Corrêa 1998:27).

A ausência dos sangramentos menstruais poderia ter sido, como vimos, produto do uso da pílula desde seu lançamento, não fosse o empenho dos próprios idealizadores em reproduzir os sangramentos. Esse empenho, por sua vez, surgiu do receio de que os contraceptivos não fossem aceitos no mercado. Deveu-se, portanto, à percepção de um contexto social específico em que a questão da supressão da menstruação era qualificada como algo indesejável. No Brasil, entretanto, a necessidade de manter os sangramentos vem sendo questionada há alguns anos.

O médico e professor de Ginecologia e Reprodução Humana da UFBA, Professor Dr. Elsimar Coutinho publicou em 1996 um livro intitulado *Menstruação, a sangria inútil*, no qual procura argumentar a favor da supressão da menstruação. Sua tese baseada na inutilidade dos sangramentos menstruais sustenta-se no argumento de que a menstruação não é natural, e sim fruto do investimento humano no controle de sua fertilidade, que acabou culminando na contracepção – única situação na qual uma *fêmea* como a mulher apresentaria menstruações repetidas. Naturais, segundo ele, são a gestação e o aleitamento, períodos nos quais as mulheres não menstruam. A menstruação repetida por vários meses é, por ele, entendida e classificada como um produto social ou cultural.

Ao mesmo tempo em que a tese de Dr. Coutinho estava sendo amplamente divulgada e discutida através dos meios de comunicação brasileiros, a aprovação da lei do planejamento familiar, em novembro de 1997, previa o lançamento de novos contraceptivos, de alta eficácia e longa duração (Corrêa 1998:35). De fato, a partir de 1999 foram lançados no mercado brasileiro contraceptivos como o DIU Mirena<sup>®</sup>, o implante Implanon<sup>®</sup>, as pílulas contraceptivas contínuas como Cerazette<sup>®</sup> e Gestinol<sup>®</sup> 28 e relançados (do ponto de vista publicitário) injetáveis trimestrais como o Depo-Provera<sup>®</sup>.

Todos esses contraceptivos têm em comum seus efeitos sobre a menstruação. A maioria deles é feita à base de progestagênios, hormônios derivados da progesterona, cuja ação inibe o crescimento do tecido interno ao útero (endométrio), diminuindo ou mesmo suprimindo os sangramentos mensais. Um pouco antes desses lançamentos, portanto, e principalmente após a divulgação da tese de Coutinho nos meios de comunicação, a questão da suspensão dos sangramentos menstruais começou a ser debatida por médicos e mulheres. Procuo, nesta dissertação de mestrado, analisar estes debates procurando perceber algumas das relações entre ginecologistas e laboratórios farmacêuticos diante desses *novos* contraceptivos e analisar o uso de distinções entre natureza e cultura nos argumentos acionados pelos sujeitos em questão.

A pesquisa de mestrado apresentada aqui foi elaborada após a conclusão de uma pesquisa de iniciação científica e monografia durante o curso de graduação em Ciências Sociais (realizada ao longo do ano de 2000) na qual procurei investigar algumas concepções sobre menstruação e sua supressão nas falas de ginecologistas e pacientes. Esta pesquisa, baseada em entrevistas realizadas com alguns ginecologistas e pacientes da região de Campinas, revelou a freqüente adjetivação da menstruação como *natural* e a sua associação com fertilidade, e feminilidade. Algumas das pacientes ressaltaram a importância da menstruação na demarcação de passagens da vida da mulher, como de *menina* a *moça*, com a primeira menstruação e, com o final dos ciclos férteis, a passagem para a menopausa, em que a menstruação pode simbolizar, juntamente com fertilidade, uma certa jovialidade.

A ambigüidade da menstruação, como já apontava Sardenberg (1994), pôde ser observada nas falas de algumas pacientes que ora apontavam os sangramentos como uma limpeza ou purificação do organismo, ora caracterizavam-no como incômodo e dolorido. A ausência da menstruação quando não estivesse associada à gravidez ou menopausa era, então, entendida por algumas pacientes como uma anormalidade, produto de disfunções orgânicas. Para os médicos entrevistados também, o *padrão de funcionamento* dos ciclos menstruais implicava a ocorrência de sangramentos mensais.

Os sangramentos provenientes da pausa da pílula contraceptiva foram classificados tanto como naturais quanto como artificiais por algumas pacientes. Se, no primeiro caso, a

paciente ressaltava a proveniência corporal do sangramento (natural), no segundo reconhecia o mecanismo bioquímico induzido pela pausa na ingestão das pílulas (artificiais). O conjunto de entrevistas realizadas permitiu perceber que os adjetivos natural e artificial para a menstruação e a contracepção apareciam em situações ambíguas e até contraditórias e que diferentes hierarquias de valor estavam em embate nesse processo de adjetivação, ou seja, que caracterizar algo como natural ou artificial implicava também a valorização de um ou outro termo.

O projeto de mestrado inicial propunha a realização de mais entrevistas com médicos ginecologistas e pacientes que tivessem optado pela supressão da menstruação, principalmente com aquelas que o fizeram sem ter necessariamente uma indicação médica para isso (endometriose, anemia ou TPM)<sup>1</sup>; propunha realizar, também, uma investigação do material produzido pelos laboratórios farmacêuticos na divulgação desses contraceptivos e dos debates no campo mais *acadêmico* da medicina tendo em vista a supressão da menstruação.

A primeira atividade de pesquisa de campo realizada foi a observação participante do 49º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (doravante 49º CBGO), realizado em São Paulo no ano de 2001, onde recebi um extenso material dos laboratórios farmacêuticos sobre os contraceptivos que estavam, naquele mesmo momento, sendo lançados no mercado. Este material, bastante rico em imagens (de gênero, modernidade e tecnologia) configura uma forma de acessar aquilo que o projeto propusera inicialmente como questão, a saber, as concepções de gênero e menstruação no debate sobre a supressão da menstruação.

Dada a importância do campo da medicina e da indústria farmacêutica na produção de materiais (contraceptivos) e de noções e concepções sobre eles, bem como sobre corpo, saúde, sexualidade, gênero etc, procurei, então, concentrar-me numa análise mais atenta das relações entre ginecologistas e laboratórios farmacêuticos, que puderam ser empiricamente observadas nos congressos médicos. Mediadas pelos novos contraceptivos que estavam

---

<sup>1</sup> A endometriose é uma doença que afeta muitas mulheres e que decorre da presença, na parte externa do útero, de tecido semelhante àquele que reveste o seu interior. Mesmo se localizando na parte externa do útero, esse tecido sofre influências das oscilações hormonais que ocorrem mensalmente nos ciclos menstruais. À semelhança do que ocorre com o revestimento interno do útero, o tecido da endometriose cresce no transcorrer do mês e sangra na menstruação (Explicação dada em um folheto produzido pela Zêneca Farmacêutica do Brasil Ltda, chamado “Entendendo a Endometriose”).

sendo lançados, as interações entre os sujeitos em questão são fundamentais para entender o contexto de relações sociais através do qual esses contraceptivos são produzidos, legitimados e divulgados, processo através do qual as noções e concepções de gênero, menstruação, contracepção e tecnologia são também acionadas e negociadas.

Tendo em vista a necessidade de recortar um campo empírico e teórico para a elaboração desta dissertação de mestrado, a pesquisa contou ainda com a observação participante em outro congresso médico (o VII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia). Em meio à pesquisa, optei pela análise do material informativo produzido pelos laboratórios e das falas de ginecologistas e feministas sobre esses contraceptivos nos congressos médicos e meios de comunicação, enfocando, assim, o debate em torno desses *novos* contraceptivos.

Considerando, como defende Appadurai, que as coisas têm uma trajetória e uma vida social (dentro da qual a situação de mercadoria é uma fase), proponho então tomar os contraceptivos que provocam a menstruação, conforme sugere o autor, como uma forma de perceber o contexto social e humano da qual fazem parte:

*It is only through the analysis of these trajectories that we can interpret the human transactions and calculations of enliven things. Thus, even though from a theoretical point of view human actors encode things with significance, from a methodological point of view it is the things-in-motion that illuminate their human and social context* (Appadurai 1986:5).

Procurar explicitar, através da trajetória dos contraceptivos, algumas das relações entre ginecologistas, laboratórios farmacêuticos e pacientes parece-me importante como meio de revelar o contexto em que circulam determinadas concepções sobre contracepção e gênero, e também para evidenciar, como sugere Paul Rabinow (inspirado em Michel Foucault), *o pensamento como uma prática pública e social* (Rabinow 1999:78).

Trata-se, portanto, de investigar essas concepções sem abstrair delas a dimensão de práticas sociais e observar como se desencadeiam *processos, tramas e objetivações* da vida social (Goldman 1999). Tendo em vista que a ginecologia é um campo da medicina e que produz um conhecimento considerado legítimo sobre o corpo humano, creio que cabe seguir a indicação de Rabinow sobre as estratégias de pesquisa a serem desenvolvidas pela Antropologia:

*Necessitamos antropologizar o Ocidente: mostrar quão exótica tem sido sua constituição da realidade; enfatizar aqueles domínios tidos como universais (isto inclui a epistemologia e a economia) [e, eu adicionaria, a medicina]; mostrá-los o mais possível como sendo historicamente peculiares; evidenciar como suas reivindicações à verdade estão conectadas a práticas sociais e se tornaram, portanto, forças efetivas no mundo social (Rabinow 1999:80).*

Para Rabinow, as representações devem ser analisadas como fatos sociais, ou seja, é preciso localizar as representações nas situações em que os sujeitos sociais as empregam, o que possibilita compreender, ao mesmo tempo, as representações e o contexto sociológico que tornam possível a sua construção e circulação.

Seguindo a *antropologia de hierarquias de valor* iniciada por Louis Dumont (De Coppet 1992:72), Daniel De Coppet, no artigo *Comparison, a universal for anthropology – From 're-presentation' to the comparison of hierarchies of values*, retoma as primeiras acepções do conceito de representação no francês e inglês, procurando demonstrar que deslizamentos de sentido acabaram transformando o seu sentido em:

*(...) an image, held to be free and in rather loose association both with facts (as a copy or simulacrum) and with actions (as theatre or fiction) (De Coppet 1992:69).*

Estes deslizamentos são mencionados pelo autor como um paralelo para dizer que, em função dos valores que fundamentam a ideologia individualista moderna, o conceito de sociedade passou a ser considerado somente como uma coleção de indivíduos, levando a uma separação progressiva entre sujeito e objeto, a um distanciamento entre ação e pensamento, fato e valor:

*All these developments may be understood as stages in the consolidation of individualist ideology, value is no longer vested in facts, held to be objective, or in thought, held to be free, but only in the self-explanatory actions of individuals (De Coppet 1992:70).*

Ao demonstrar que os antigos rituais funerários franceses *re-apresentam* toda uma configuração composta, ao mesmo tempo, por valores socialmente compartilhados e ações rituais, o autor incorpora uma dimensão prática na própria noção de representação: trata-se de uma *nova apresentação* dessa configuração, que se faz de maneira ritualizada, e que, portanto, não se restringe a formas individuais de pensar o mundo (às concepções,

pensamentos ou representações no sentido dado pelos outros autores) mas inclui uma ação social, os *fatos-valores* compartilhados e valorizados naquele sistema (sociedade).

Procurando recuperar a dimensão do social e a junção de separações como sujeito e objeto, pensamento e ação, dizer e fazer, idéia e valor, as quais, segundo ele, têm criado mais obstáculos para a análise na Antropologia Social do que ajudado, De Coppet rejeita, então, o sentido de *substituição* para o termo representação e defende que *representação* seja algo que *torna presente novamente*, como um *ato social criativo que se torna conhecimento confirmado ao mesmo tempo em que constitui um fato-valor abarcado por um todo social particular – uma sociedade*, ou seja, uma re-apresentação (De Coppet 1992:71).

O trabalho antropológico deveria adotar, assim, uma perspectiva centrada não em indivíduos, mas sim nos sistemas sociais produtores de hierarquias de valor. É preciso, para De Coppet, recuperar nas re-apresentações a dimensão do sistema, do total, pensando o ser humano como ser social, e portanto o social - manifestado através das ações rituais que, por sua vez, implicam no compartilhamento de significados - como constitutivo das re-apresentações. Os únicos fatos comensuráveis e comparáveis na Antropologia, segundo De Coppet, são as hierarquias de valor dos diversos sistemas sociais:

*(...) the difference between what in fact happens in a system (a society) and what is attributed value and shared in that system cannot be expressed unless this difference is compared with a difference of the same sort (between what happens and what is attributed value in another system (society))* (De Coppet 1992:71).

A partir desse texto de De Coppet e do sentido que ele defende a ser atribuído quando se fala em representação (de algo que torna presente novamente, que é um ato social criativo ao mesmo tempo em que constitui um fato-valor) tomo a liberdade de me referir, ao longo de toda a dissertação, a este sentido como *re-apresentação* (inspirada no termo *re-presentation*).

Desta forma, procuro, através do material levantado e da pesquisa de campo realizada, estudar as *re-apresentações* de certas questões, como contracepção e menstruação, bem como das concepções de gênero vinculadas a estas questões (veiculadas através de mitos como o da *mulher moderna*). O conceito de *re-apresentação* me permite

considerar, de um ponto de vista analítico, o processo social ao qual tais questões estão relacionadas - a saber, a *produção social de tecnologias* médico-farmacológicas<sup>2</sup> - percebendo algumas das hierarquias de valor que são postas em embate na polêmica sobre a supressão da menstruação.

O meu objetivo é, utilizando-me de uma análise comparativa, como recomendava De Coppet, perceber os fatos-valores envolvidos em parte da trajetória desses contraceptivos, delineando, ao mesmo tempo, um circuito de relações sociais (entre indústria farmacêutica, mídia, contraceptivos, ginecologistas e mulheres) através do qual circulam esses medicamentos e hierarquias de valor socialmente compartilhadas (ou em embates para que sejam socialmente compartilhadas). Pretendo obter uma dimensão comparativa através do uso de textos que se referem a debates passados sobre contraceptivos e sobre as relações entre medicina, indústria farmacêutica e mulheres, através dos quais é possível perceber *diferenças ativas* nos valores e hierarquias em negociação nos debates sobre os novos contraceptivos (De Coppet 1992:72).

A análise do material levantado e considerado permite-me afirmar que *concepção, menstruação* e conceitos de *natureza e cultura* são re-apresentados através dos *novos* contraceptivos hormonais. Essa re-apresentação é composta, portanto, pelos contraceptivos em questão, pelas concepções sobre eles, sobre gênero e sangramentos menstruais, e pelas interações sociais entre ginecologistas, laboratórios farmacêuticos e mulheres.

Além de delinear um contexto de interações sociais que cada vez mais adquire relevância na sociedade ocidental através dessas re-apresentações de *gênero, menstruação e contraceptivos*, procuro ainda perceber como os conceitos de natureza e cultura são acionados pelos sujeitos que interagem em função dos contraceptivos e de suas discussões. A minha intenção ao analisar o uso desses conceitos é de entender como estes atuam tanto na construção de mitos e metáforas quanto na produção de mercadorias (os contraceptivos).

O objetivo principal desta dissertação de mestrado é, portanto, entender como se deslocam sentidos contextuais dos conceitos de natureza e cultura no debate sobre a supressão hormonal da menstruação, procurando, ao mesmo tempo, perceber algumas das

---

<sup>2</sup> Faço, aqui, referência ao texto de Sonia Corrêa, em que ela fala do debate entre feministas e ginecologistas

hierarquias de valor que são re-apresentadas e delinear alguns contextos e as relações sociais relacionadas a eles. Considero principalmente os discursos médicos e de laboratórios farmacêuticos sobre os novos contraceptivos que podem provocar o efeito supressor dos sangramentos, acreditando que os contextos em que são enunciados configuram uma parte significativa da trajetória desses contraceptivos.

O recorte proposto a seguir permite-nos acessar essa trajetória, deixando todavia, por ora, a investigação do processo de descobrimento, desenvolvimento, produção e pesquisa dos contraceptivos, bem como de seu consumo por mulheres / pacientes. Passamos a acompanhá-los a partir da sua divulgação, pelos laboratórios, aos médicos e ao mercado, procurando perceber, através das repercussões desses lançamentos, como esses contraceptivos vão sendo, então, re-apresentados e como desencadeiam embates em torno de determinadas noções e conceitos.

No primeiro capítulo, apresento com mais detalhes os novos contraceptivos em questão, utilizando como *informantes* os materiais produzidos pelos laboratórios farmacêuticos na divulgação de seus contraceptivos. Considero, para tanto, principalmente os folhetos de divulgação, mas também as monografias ou artigos publicados em revistas científicas (sobre pesquisas realizadas com os tais contraceptivos), além de algumas falas de ginecologistas em simpósios patrocinados pelos laboratórios nos congressos médicos, particularmente no 49º CBGO. Os folhetos podem ser, inicialmente, diferenciados entre: aqueles produzidos e entregues para os ginecologistas e os que são elaborados nos consultórios para pacientes/clientes potenciais. Na análise dos dados, esta distinção será levada em conta, assim como o fato desse tipo de material, em geral, não possuir uma autoria clara, um sujeito a quem possam ser atribuídas as falas enunciadas. Meu objetivo principal neste primeiro capítulo é apontar alguns sentidos e noções sobre questões relacionadas à menstruação e à contracepção que o material em questão nos revela, tendo em vista a questão teórica proposta acima: pensar esses folhetos e monografias como re-apresentações da menstruação e da contracepção.

No segundo capítulo, procuro efetuar uma descrição etnográfica das interações entre ginecologistas e laboratórios farmacêuticos nos congressos médicos que configuraram a pesquisa de campo, tendo como principal foco a circulação dos contraceptivos em questão

---

como parte de uma discussão mais ampla, sobre a *produção social de tecnologias* (Corrêa 1994).

nas diferentes atividades dentro dos congressos, os mesmos foram apresentados e debatidos.

Finalmente, no terceiro capítulo, procuro retomar algumas questões colocadas nos debates sobre os contraceptivos, relacionando o uso de oposições dicotômicas relacionadas aos conceitos de natureza e cultura a algumas das discussões que têm sido feitas sobre essa questão na Antropologia. Para tanto, analiso alguns argumentos acionados por ginecologistas para debater a questão, tanto nos congressos (seja nas atividades programadas, seja em entrevistas realizadas durante a pesquisa de campo), como nos meios de comunicação em geral (livros e artigos em jornais e na internet).

# CAPÍTULO 1

## PRODUÇÃO DE NOVOS CONTRACEPTIVOS, RE- APRESENTAÇÕES DE GÊNERO E MENSTRUACÃO NOS FOLHETOS DISTRIBUÍDOS PELOS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS

*The history of the pill (...) reads as the intriguing story of how scientists tried to construct similarities between women. This construction of similarities was not just a matter of discourse. During the testing of hormones, similarities were literally created by the introduction of a specific regimen of medication.*  
(Oudshoorn 1999:137)

Muito tem sido investido no desenvolvimento de novas tecnologias contraceptivas. Para além do interesse acadêmico-científico nos mecanismos de funcionamento da fisiologia da reprodução humana, as inúmeras pesquisas na área da contracepção buscam resolver algo que é entendido como um problema social. Os novos contraceptivos são, ao mesmo tempo, produtos e substratos, sujeitos e objetos que afetam a vivência da corporalidade feminina e que, ao mesmo tempo, concentram e fazem circular concepções sobre menstruação, mulher, fertilidade e reprodução.

Neste primeiro capítulo, procuro analisar o material informativo produzido por laboratórios farmacêuticos sobre os contraceptivos que provocam a supressão da menstruação e que vêm sendo noticiados nos meios de comunicação como *novidades*. Concentro-me, principalmente, no implante *Implanon*<sup>®</sup>, na pílula *Gestinol*<sup>®</sup> 28 e no DIU *Mirena*<sup>®</sup>.<sup>3</sup>

Com relação ao *Implanon*<sup>®</sup>, implante produzido pelo laboratório Organon,<sup>4</sup> procuro analisar dois folhetos destinados a pacientes, sendo um claramente informativo sobre o produto (folheto 1) e o outro cuja função também é a divulgação do implante (embora ele

---

<sup>3</sup> Quase todo o material foi obtido durante pesquisa de campo realizada no 49º CBGO.

<sup>4</sup> No Brasil, a embalagem e distribuição dos produtos fabricados pela N. V. Organon é feito pela *Akzo Nobel*.

não seja explicitamente nomeado) apresentado como *Campanha Organon: Planejamento Familiar e Contraceção* (folheto 2)<sup>5</sup>. Levo em conta, também, as concepções veiculadas através do sítio do Implanon<sup>®</sup> na Internet: [www.3anosconcepcao.com.br](http://www.3anosconcepcao.com.br). Do material distribuído pela Organon aos ginecologistas, selecionei um CD-Rom, artigos com pesquisas sobre o Implanon<sup>®</sup> no suplemento da revista *Contraception* e o encarte com um resumo dos resultados da pesquisa sobre menstruação e métodos anticoncepcionais encomendada pela Organon ao Ibope (folheto 3).<sup>6</sup>

Sobre a pílula contraceptiva Gestinol<sup>®</sup> 28, considero a monografia do produto (texto produzido pelo laboratório *Libbs* para os ginecologistas, contendo uma apresentação sobre o produto, dados sobre pesquisas e estudos clínicos); a pesquisa intitulada *Percepção do sangramento mensal entre usuárias de contraceptivos orais combinados* (Machado 2001),<sup>7</sup> alguns folhetos com gráficos e dados de outras pesquisas semelhantes (folheto 4); o folheto entregue durante o simpósio patrocinado *Novas Perspectivas em Contraceptivos Orais Combinados* e o encarte de divulgação – produzido também para os médicos e que contém o texto da bula ao final (folheto 5).

Considero também, ao longo do capítulo, um material sobre outros contraceptivos orais, como *Cerazette<sup>®</sup>*, *Minesse<sup>®</sup>* e *Mirelle<sup>®</sup>* (folheto 6), sobre o contraceptivo oral de emergência *Pozato<sup>®</sup>* (folheto 7) e sobre o contraceptivo injetável trimestral *Contracep<sup>®</sup>*.

Finalmente, apresento e analiso algum material sobre o DIU com hormônio chamado *Mirena<sup>®</sup>*, produzido e comercializado pela *Berlimed*, divisão do laboratório *Schering*: a monografia do produto, o encarte informativo (folheto 8) e dois folhetos destinados às pacientes – um chamado *Programa Mulher Ativa: o endoinformativo da mulher moderna* (folheto 9) e outro com perguntas e respostas, denominado *Informações sobre Mirena<sup>®</sup> para usuárias* (folheto 10).<sup>8</sup>

Minha intenção é perceber através desses folhetos a circulação de noções e concepções de mulher, menstruação, fertilidade e contracepção. Há que se considerar, evidentemente, que os folhetos foram elaborados para a divulgação e propaganda dos

---

<sup>5</sup> Esse folheto da Campanha *Organon* foi entregue juntamente com o jornal *Folha de São Paulo*.

<sup>6</sup> *Contraception* (1998) Vol. 58 n. 6 (supplement). Todo esse material foi entregue aos médicos que passavam pelo treinamento sobre os procedimentos de inserção e remoção do *Implanon<sup>®</sup>* no 49º CBGO.

<sup>7</sup> Publicado na revista *Reprodução e Climatério* (2001) Vol. 16 N° 3 pp. 199-206

contraceptivos em questão. A construção dessas imagens, portanto, está fundamentada em um olhar publicitário sobre um produto e suas potenciais consumidoras. Levando isso em conta, considerar esse material é importante se pensarmos que as concepções que circulam através deles são parte de um processo social fundamental em algumas sociedades contemporâneas, que consiste na tecnologização e medicalização da vida. Essas concepções refletem as maneiras como as tecnologias e os seres humanos têm sido pensados e podem ser lidas como re-apresentações desse processo social.<sup>9</sup>

## UMA REVOLUÇÃO "NO BRAÇO"

*Prepare-se para uma revolução: Implanon®*, anuncia-se na primeira página do folheto sobre o implante. Na capa, vemos meio rosto de uma jovem loira, de olhos claros com um leve sorriso. Parte dos cabelos está presa, apenas uma franja brilhante cai sobre sua testa, o colo nu. A única imagem que se destaca na foto em branco e preto é o símbolo sobreposto à pálpebra e sobrancelha em forma de coração ou, talvez, de um útero, amarelo ao centro e verde nas extremidades, cortado por um traço lilás, que lembra um bastonete.<sup>10</sup> Uma mulher moderna, que consegue enxergar no bastonete a desejada revolução libertadora. O texto remete diretamente a essa modernidade: *Ser moderna é contar com mais praticidade no dia-a-dia.*<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Analiso também alguns dos folhetos sobre o Mirena na minha monografia de graduação (Manica 2000).

<sup>9</sup> Como explicito na introdução, utilizo na dissertação o conceito de re-apresentação conforme formulado por Daniel De Coppet (1992).

<sup>10</sup> Esse emblema e suas cores serão recorrentes em quase todo o material publicitário do Implanon®.

<sup>11</sup> Descrevo, a partir deste parágrafo, uma das versões do folheto 1. Os textos doravante em itálico foram extraídos dos folhetos.

## Folheto 1



Dentro do folheto, simula-se uma conversa em forma de perguntas e respostas entre a paciente potencial e a equipe da Organon. O Implanon<sup>®</sup> é, então, definido como *um método contraceptivo revolucionário: um implante subdérmico da Organon que oferece até três anos proteção total*. Isso graças ao hormônio que o implante libera diariamente na corrente sanguínea, o *etonogestrel*, cuja função é *inibir a ovulação evitando, assim, a gravidez*. Este novo método é definido como um *conceito revolucionário de contraceptivo* em contraste com outros como as pílulas contraceptivas e camisinhas, mais conhecidos no mercado brasileiro.

*Facilmente reversível e, ao mesmo tempo, bastante eficaz, tem a vantagem de proporcionar maior liberdade à mulher, que não precisa mais lembrar a hora de tomar seu contraceptivo. Comparado aos demais métodos contraceptivos, é o que apresenta a melhor eficácia: nenhum caso de gravidez foi registrado nos estudos com Implanon<sup>®</sup>. Quanto à colocação do implante, o folheto 1 diz o seguinte:*

*Depois de se decidir por este método de contracepção, a inserção é feita em alguns minutos pelo seu próprio médico no consultório. Através de um aplicador, Implanon<sup>®</sup> é colocado na parte anterior do braço escolhido, cerca de 6 a 8 cm da dobra do cotovelo, com anestesia local. O implante é invisível e não provoca incômodos, proporcionando proteção contra gravidez durante 3 anos.*

A *modernidade* do implante, tema principal desse primeiro folheto, é atribuída não somente devido ao seu formato e sua forma de uso, que são entendidos como *revolucionários* em relação aos demais contraceptivos, mas também devido à sua *eficácia* contraceptiva e à *liberdade e praticidade* que o método proporciona, pois suas usuárias não precisam lembrar-se diariamente de tomar os contraceptivos (como as usuárias de pílulas) tendo, ainda, reduzidos (quando não abolidos) os incômodos da menstruação e da TPM. Este caráter negativo da menstruação (e positivo da sua supressão) está mais evidente em uma passagem do folheto 2, que divulga o implante como uma boa opção para o planejamento familiar:

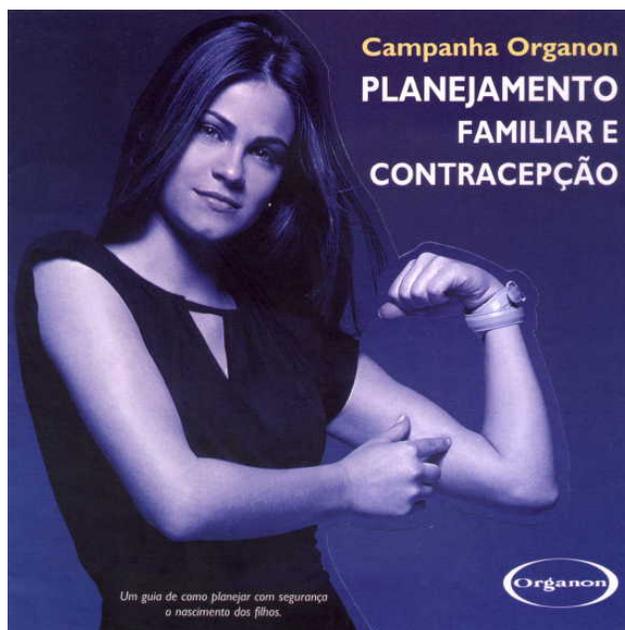
*E o melhor é que, além de proteger contra uma gravidez indesejada, ele ainda pode reduzir o fluxo menstrual e a TPM. Veja abaixo informações sobre esse método, que está revolucionando a contracepção e também a vida das mulheres...*

Assim como a menstruação, a fertilidade feminina aparece como algo contra o que a mulher moderna precisa se proteger. Uma segunda versão do folheto 1 apresenta na capa uma jovem morena, de cabelos compridos e soltos, com um meio sorriso, vestindo uma blusa preta sem mangas. Com o braço esquerdo, em que se pode ver a pulseira de couro do seu moderno relógio de pulso, ela mostra seu bíceps. Aponta, com os dedos da mão direita, a localização do implante Implanon® em seu braço esquerdo. Abaixo, o texto adverte: *Já estava na hora das mulheres conquistarem mais liberdade. E, desta vez, vai ser no braço. Braço*, aqui, tem um duplo sentido: funciona tanto para o local onde o implante é inserido como para a luta e a força necessárias às mulheres na conquista de *mais liberdade*. Remete à concepção de mulheres fortes e decididas que, acima de tudo, desejam planejar sua vida pessoal e familiar e se livrar de uma gravidez indesejada e dos incômodos que a sua prevenção, às vezes, implica. Anuncia a hora e a solução ideal para esta conquista.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> A parte interna do folheto assemelha-se à descrição anterior.

## Folheto 2



Essa mesma imagem da mulher moderna, que conquista sua liberdade *no braço* é veiculada no folheto 2, *Campanha Organon: Planejamento Familiar e Contracepção*. A idéia do *planejamento* é explicada na primeira página do folheto:

*Toda mulher sabe que ter um filho não é nada fácil. Acompanhar os primeiros passos, as primeiras palavras, cuidar da alimentação, levar ao médico, educar, enfim, é um compromisso para a vida inteira. Por isso, é muito importante que esse filho venha na hora em que você esteja segura e confiante de sua decisão. Em outras palavras, é preciso que haja um planejamento. Nesse folheto, você irá conhecer a importância de fazer o seu Planejamento Familiar, além dos principais métodos contraceptivos e das novas técnicas de contracepção.*

As razões apontadas para planejar a família são muitas: *poder escolher a idade certa para engravidar, quantos filhos ter, intervalo entre o nascimento deles*. Sugere-se, então, que a mulher pense *na própria vida* e decida se este é *o melhor momento* para constituir uma família ou para ter mais filhos. Segundo o folheto, esse *direito de escolher* é fundamental na constituição de *uma família mais forte e saudável*. Se não for o momento de engravidar, então torna-se necessário *proteger-se* da gravidez através de um método contraceptivo, ou seja, um método que *impede você de conceber um filho*. *Na hora de escolher o melhor, é necessário levar em conta sua idade, a vida que você leva, vantagens*

*e desvantagens de cada método, novas tecnologias e o mais importante: não deixe de conversar com seu parceiro e consultar seu ginecologista (Folheto 2).*

Repetindo os argumentos do folheto 1, mas sem dizer o nome comercial do implante contraceptivo, o folheto 2 apresenta essa *novidade em contracepção*, reforçando que *nenhum outro método é tão eficaz, nem oferece tanta praticidade*. A única referência além do nome da empresa que faz a campanha é o sítio da internet indicado para obter maiores informações: [www.3anoscontracecao.com.br](http://www.3anoscontracecao.com.br). O endereço, da mesma forma, não contém o nome do implante.

Neste sítio, a página *conheça o produto* leva às mesmas perguntas e respostas do folheto 1. Um atalho com a pergunta  *você é moderna?* remete a uma outra janela com a seguinte questão: *De alguns anos para cá, as mulheres fizeram grandes conquistas. Mas e na sua opinião, o que ainda é preciso para sua realização ser completa?* A internauta<sup>13</sup> é, então, levada a *escolher* entre as opções dadas e, ao clicar sobre elas, encontra as mesmas respostas e relações presentes nos folhetos: com relação à *liberdade para planejar o futuro*, enfatiza-se a *praticidade* deste método contraceptivo; se ela busca maior *confiança na tomada de decisões*, encontra *contracepção por três anos e retorno rápido da fertilidade após a remoção*; se quiser *segurança*, recebe a garantia de um *método testado e aprovado no mundo inteiro*; se precisa de *mais tempo para a sua vida* é informada de que estará *livre do compromisso de ter que se lembrar a hora de tomar seu contraceptivo*. Novamente o ciclo menstrual aparece como um incômodo cuja supressão é benéfica: se a paciente busca *mais tranqüilidade no dia-a-dia*, pode contar com a *tendência da diminuição do sangramento e da TPM*.

No encarte da pesquisa feita pelo Ibope sobre o Implanon<sup>®</sup> (folheto 3), informa-se aos médicos que, após apresentarem às entrevistadas<sup>14</sup> um placebo do implante, o modo como ele é inserido e as vantagens que ele traz para a paciente, 63% das entrevistadas tiveram uma opinião positiva sobre o método. Perguntaram, ainda, por que razão a

---

<sup>13</sup> Tendo em vista a flexão de gênero proposta na página com a questão *Você é moderna?*, estou mantendo o feminino para a *internauta*.

<sup>14</sup> No total de 900 mulheres, entrevistadas em São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Brasília, Curitiba e Porto Alegre, sendo 14% da Classe A, 37% da B, 49% da C. 31% entre 18 e 24 anos, 21% de 25 a 29 anos e 48% na faixa dos 30 a 40 anos. Quanto à escolaridade, 7% das entrevistadas tinham o primário completo, 22% o ginásio, 46% o colegial e 25% grau superior ou mais. 26% das entrevistadas tinham 1 filho, 24%, 2 filhos, 36% não tinham filhos e as demais mais de 3 filhos. Dados fornecidos na primeira página do resumo da pesquisa entregue aos médicos que passavam pelo treinamento do Implanon<sup>®</sup> no 49º CBGO.

entrevistada usaria um método anticoncepcional subcutâneo. As principais motivações, *espontaneamente* apresentadas pelas entrevistadas, segundo o encarte, foram: a praticidade de não ter que tomar a pílula todo dia (43%), diminuir o fluxo menstrual (11%), diminuir os sintomas da TPM (11%), porque é mais seguro ou por menos risco de engravidar (11%) e porque tem durabilidade maior para evitar a gravidez (11%). Na contracapa do encarte, a conclusão nos permite notar que o recorte dos resultados da pesquisa atende a um objetivo:

*Os resultados confirmam: Implanon® é sem dúvida o contraceptivo de que a mulher moderna precisa. Satisfaça a necessidade de suas pacientes. Ofereça a elas o que há de melhor e mais moderno em métodos contraceptivos.*

Se perguntarmos aos organizadores da pesquisa pelos objetivos de pesquisas como essas, possivelmente nos será dito que se trata de *encontrar* no mercado (mulheres) e *demonstrar* aos principais passadores<sup>15</sup> de seus produtos (os ginecologistas) a existência de dados que confirmem a boa aceitação do produto (contraceptivo). Não se pode esquecer, entretanto, que a construção da própria pesquisa é condicionada por interesses determinados, entre os quais está o interesse pela comercialização desses contraceptivos que, certamente influi na seleção das questões, das entrevistadas, da própria entrevista, do cruzamento dos dados ou da apresentação dos resultados obtidos.

Há que se considerar também, como apontou Nelly Oudshoorn, que os interesses, assim como os fatos, não são objetivamente dados mas *socialmente criados*.<sup>16</sup> Segundo a autora, o estabelecimento de *redes sociais* é fundamental no processo de definição dos interesses que justificam a produção de medicamentos como os contraceptivos hormonais:

*The story of hormonal drugs also illustrates that drugs must be considered as the embodiment of interests that become mutually defined through social networks. The final drug profile is not shaped by the interests of one specific actor, for example laboratory scientists, but by interests of different groups of actors, both in and outside the laboratory* (Oudshoorn 1990:108).

É, portanto, essencial que a propaganda dos contraceptivos incorpore opiniões das mulheres sobre fertilidade, menstruação e métodos contraceptivos e enfatize que essas

---

<sup>15</sup> Uso, aqui, o termo empregado por Pignarre (1999) para se referir aos médicos na relação com a indústria farmacêutica. Essa relação será melhor explicitada adiante.

<sup>16</sup> *Interests, just as facts, are not objectively given but socially created* (Oudshoorn 1990:82).

opiniões tenham sido *espontaneamente* apresentadas, sustentando a idéia de que o produto em questão (contraceptivo) vem atender uma demanda preexistente. No entanto, a utilização dos resultados desta pesquisa encomendada ao Ibope compõe o investimento publicitário sobre o produto fazendo parte, assim, da sua própria *eficácia simbólica*.<sup>17</sup>

No contexto em que surgem os contraceptivos (e em pesquisas como essa feita pelo Ibope), alguns dos debates sobre a contracepção e os contraceptivos - e, conseqüentemente sobre menstruação, mulheres, fertilidade - colaboram na (re)criação e sustentação de determinadas noções e argumentos que podem condicionar a justificativa ou a rejeição desses mesmos contraceptivos. Ou seja, através desse material, argumentos contra e a favor do uso desses contraceptivos são colocados em jogo. Da mesma forma, através da discussão sobre *Planejamento Familiar e Contracepção*, como aparece no folheto 2, alguns desses embates são retomados.

O Planejamento Familiar é indicado, no folheto 2, para as mulheres que desejam *evitar a gravidez por um tempo, planejar o intervalo de nascimento dos filhos, dar prioridade à carreira* ou ainda para as que não estão *preparadas para serem mães*. A contracepção, portanto, é a solução para a questão da reprodução humana cuja responsabilidade, como muitas autoras já apontaram, recai fundamentalmente sobre a fertilidade feminina, transformando a mulher no sujeito principal sobre o qual se efetua a intervenção contraceptiva.<sup>18</sup> O folheto ressalta, ainda, o comprometimento que a falta de planejamento pode causar, a *liberdade* que uma gravidez retira: *Só assim você poderá ter a tranqüilidade de aproveitar o presente, sem comprometer irremediavelmente seu futuro*.

Não se trata, aqui, de questionar a necessidade da contracepção nem tampouco ignorar a demanda que é atendida por esses contraceptivos, mas de, considerando questões levantadas por outros trabalhos,<sup>19</sup> chamar a atenção novamente para o fato de que a mulher é, por excelência, o sujeito sobre quem recaem as preocupações sobre a concepção e a contracepção. Isso pode ser percebido, por exemplo, em algumas das fotos colocadas no folheto 1: o *parceiro* sempre aparece em segundo plano, atrás da mulher. Numa foto ele olha para baixo, por trás dos ombros e da cabeça da parceira, que sorri. Em outra, ele olha para ela, enquanto ela dirige, novamente, seu olhar para a câmera fotográfica. No texto

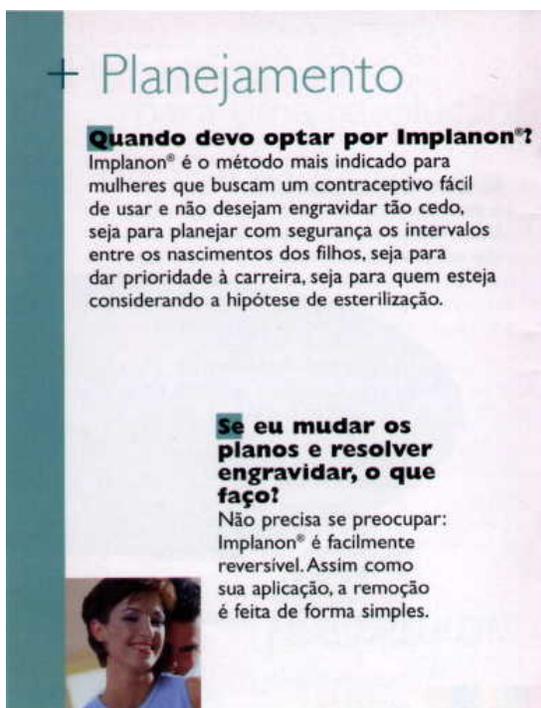
---

<sup>17</sup> Conforme cunhado por Lévi-Strauss (1996:193-236).

<sup>18</sup> Oudshoorn (1990), Citeli et. al. (1998), Dacach e Israel (1993), Costa (2001)

<sup>19</sup> Particularmente pelo trabalho de Nelly Oudshoorn (1990).

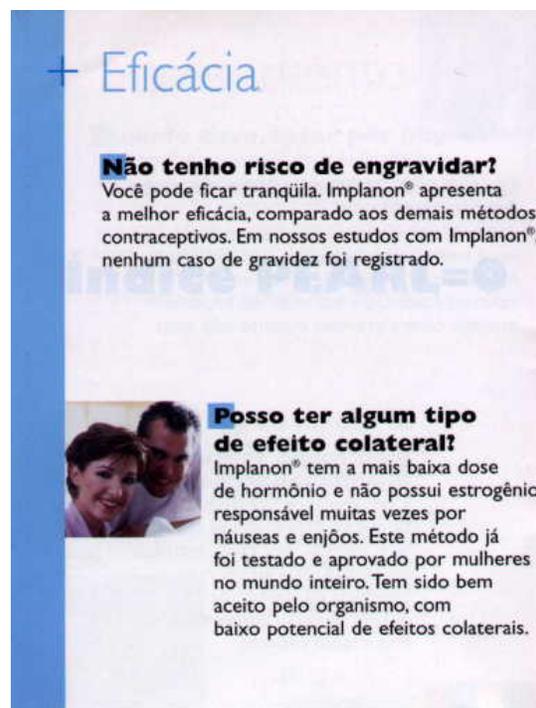
sobre planejamento familiar, dirigido a uma mulher, adverte-se ao final para que a mulher *não deixe de conversar com seu parceiro*.



**+ Planejamento**

**Quando devo optar por Implanon®?**  
Implanon® é o método mais indicado para mulheres que buscam um contraceptivo fácil de usar e não desejam engravidar tão cedo, seja para planejar com segurança os intervalos entre os nascimentos dos filhos, seja para dar prioridade à carreira, seja para quem esteja considerando a hipótese de esterilização.

**Se eu mudar os planos e resolver engravidar, o que faço?**  
Não precisa se preocupar: Implanon® é facilmente reversível. Assim como sua aplicação, a remoção é feita de forma simples.



**+ Eficácia**

**Não tenho risco de engravidar?**  
Você pode ficar tranquila. Implanon® apresenta a melhor eficácia, comparado aos demais métodos contraceptivos. Em nossos estudos com Implanon®, nenhum caso de gravidez foi registrado.

**Posso ter algum tipo de efeito colateral?**  
Implanon® tem a mais baixa dose de hormônio e não possui estrogênio, responsável muitas vezes por náuseas e enjôos. Este método já foi testado e aprovado por mulheres no mundo inteiro. Tem sido bem aceito pelo organismo, com baixo potencial de efeitos colaterais.



Folheto 1

Outro exemplo contundente desse fato está explícito na propaganda do contraceptivo de emergência Pozato®.<sup>20</sup> O próprio desenho das letras do nome comercial do contraceptivo lembra-nos dos gametas – o z tem uma cauda, como os espermatozóides, o o tem um núcleo e uma forma arredondada e é perseguido por vários espermatozóides (folheto 7).

<sup>20</sup> Ao referir-se a este método, a palavra emergência é constantemente utilizada. Busca-se, com isso enfatizar que esse não é o método mais desejável para quem busca contracepção, mas sim aquele que deve ser usado caso o método adotado falhe (como a ruptura do preservativo) ou, ainda, em caso de estupro.

**POZATO**  
LEVONORGESTREL

**MECANISMO DE AÇÃO**

Principais mecanismos implicados na ação do POZATO:

1 Inibe ou atrasa a ovulação, através do bloqueio do pico de LH.

2 Interfere na motilidade do espermatozóide, por meio do espessamento do muco cervical.

Eficaz mesmo quando utilizado até **72** horas após o ato sexual desprotegido.

Pozato não interfere numa gravidez em curso.

Não existem evidências científicas que permitam afirmar que a contraceção de emergência atua impedindo a implantação.

LIBBS

### Folheto 7

Enfatiza-se que se trata de um *contraceptivo*, e não de um método *abortivo*. Para tanto, a figura simula seu mecanismo de ação – manter os gametas distantes um do outro, para que não ocorra a fecundação. As imagens do folheto remetem, assim, à ação do contraceptivo como um construtor de barreiras: inibindo ou atrasando a ovulação e, ao mesmo tempo, dificultando a motilidade do espermatozóide.

*Pozato*<sup>®</sup>, como o próprio nome indica, age *após o ato*. A figura representa enfaticamente o envolvimento diferenciado da mulher com a questão da contraceção. Depois do ato sexual (desprotegido), e enquanto o rapaz dorme tranqüilamente, a moça é perturbada pela possibilidade da gravidez. Fica preocupada, pensativa... Essa preocupação é reforçada pela imagem de espermatozoides rondando sua cabeça.

Esses embates re-apresentam a questão da contraceção revelando, ao mesmo tempo, algumas das hierarquias de valor que estão em jogo. A análise deste material sugere a existência de embates em que se disputa, justamente, a atribuição de valores que sejam socialmente compartilhados. O envolvimento diferenciado de homens e mulheres no que

diz respeito à questão da contracepção é um exemplo de expectativas sociais distintas para umas e outros com relação à essa questão, fundamentadas em valores diferenciados.<sup>21</sup> Esses valores refletem-se, por exemplo, na disponibilidade de condições materiais para a pesquisa e desenvolvimento de contraceptivos. Essas condições, freqüentemente limitadas no que se refere às pesquisas com homens, diferem-se substancialmente das condições e meios para pesquisas com mulheres.<sup>22</sup> Segundo Citeli, ao rever o texto de Nelly Oudshoorn:

*(...) a mesma história de sucessos, redes de alianças, abundância de material de pesquisa, troca de interesses, testes clínicos simultaneamente à comercialização e expansão internacional crescente não ocorreu com os hormônios masculinos. Para a autora, três fatores devem ser considerados: a falta de base institucional para coleta de material e testes posteriores; a falta de base institucional para prescrição e comercialização (a Andrologia só veio a se estabelecer muitos anos depois, por volta de 1960); e valores culturais, aqui entendidos como restrições impostas pelo fantasma da perda de prestígio de cientistas que anteriormente haviam administrado preparados à base de testículos para seus pacientes e passaram para a história como charlatões (Citeli 2001:20).*

A relação entre maternidade e vida profissional também compõe essa representação. Nos folhetos, valoriza-se mais a liberdade, praticidade e tranqüilidade da *própria vida* – e a possibilidade de uma escolha que beneficie a *si mesma* – do que a maternidade, que aparece como *comprometimento irremediável* que implica responsabilidade.<sup>23</sup> A escolha do *momento certo* para a gestação, tão enfatizada nos folhetos, não pode, entretanto, ultrapassar a idade reprodutiva da mulher. Alguns médicos argumentam que, depois dos 30 anos de idade, as mulheres podem se deparar com dificuldades para engravidar que não teriam existido se a *escolha* pela gestação tivesse sido

---

<sup>21</sup> Embora aqui esses valores estejam opondo mulheres e homens, eles não são construídos simplesmente a partir da percepção de uma capacidade *biológica* das mulheres para gerar e nutrir bebês. O próprio material em questão evidencia que a maternidade é, sobretudo, uma questão de *reprodução social*, (Citeli et. al. 1998) enfatizando a relação da mãe com a criança após seu nascimento: *acompanhar os primeiros passos, as primeiras palavras, cuidar da alimentação, levar ao médico, educar* (folheto 2). A questão da determinação biológica nas discussões de gênero e corporalidade será tratada mais adiante, quando discuto a atribuição do caráter de natural ou cultural à menstruação.

<sup>22</sup> Basta compararmos a variedade de métodos contraceptivos desenvolvidos para as mulheres, hormonais (pílulas, implantes, injetáveis, anéis vaginais, adesivos) ou não (DIU, camisinha feminina, esterilização cirúrgica), e os que contam com a participação dos homens (vasectomia e camisinha).

<sup>23</sup> Voltarei à questão da vida profissional quando falar do material da pílula *Gestinol*<sup>®</sup> 28.

feita anos antes.<sup>24</sup> As atuais pesquisas sobre as novas tecnologias reprodutivas indicam justamente uma hierarquização inversa: apontam para um grande investimento e valorização da maternidade biológica em detrimento de quaisquer outras questões (custo financeiro ou pessoal da empreitada reprodutiva).<sup>25</sup>

Os casos de infertilidade em função da idade reprodutiva tornam evidentes alguns dos limites da contracepção e da concepção, colaborando para a sustentação do que Sonia Corrêa chamou de *fetichismo da escolha*. Ao abordar o debate sobre o *Norplant*<sup>®</sup>,<sup>26</sup> a autora contrasta *aqueles que consideram os poderes da tecnologia muito superiores às possibilidades de que mulheres preservem sua autonomia* com a vertente que *considera a mulher como uma consumidora em face de um produto (...) como se ela pudesse sobrepujar os constrangimentos sociais e as armadilhas tecnológicas*. Neste último caso, as *"redes de segurança" que permitem uma primeira decisão, uma ocasional mudança de idéia e a possibilidade de se proteger contra os riscos ou abusos ficam subsumidas no interior de um fetichismo da escolha* (Corrêa 1994:96-97). A afirmação do folheto 1 do *Implanon*<sup>®</sup> - *agora você decide a melhor forma de se prevenir, sem se privar da sua liberdade* - em conjunto com todo o investimento na discussão sobre planejamento familiar e contracepção aqui apresentada, constroem a idéia de que a decisão por adotar esse *revolucionário* método contraceptivo cabe às mulheres, ao mesmo tempo que omite a sua alienação do processo de produção e manipulação do implante.

A questão da remoção do *Norplant*<sup>®</sup>, levantada por Solange Dacach e Gisele Israel, e retomada por Sonia Corrêa, é um bom contraponto para explicitar os contextos desiguais

---

<sup>24</sup> Para ampliar esse *poder de escolha* do momento propício para a maternidade biológica permitindo, por exemplo, que uma gestação mais *tardia* ocorra, têm-se investido na pesquisa de técnicas de preservação dos óvulos produzidos na idade reprodutora, para que eles sejam re-implantados no útero de sua produtora mesmo após o fim de seu chamado período fértil ou idade reprodutiva. Atualmente, as pesquisas têm tentado desenvolver melhores técnicas de indução da gestação. Os custos dessas técnicas são altíssimos.

<sup>25</sup> Sobre os custos pessoais, ver o depoimento de Denise Rodrigues (1999). Discussões sobre as Novas Tecnologias Reprodutivas (NTRs) pode ser vistas em Ramirez (2002), Luna (2002), Corrêa (2001), Costa (2001).

<sup>26</sup> *Norplant*<sup>®</sup> é a marca comercial de um contraceptivo que consiste em seis bastonetes de silicone que contêm e liberam gradualmente o progestágeno *levonorgestrel*. É introduzido na nádega, braço ou antebraço e tem duração de 5 anos. Existe também o *Norplant 2*, com dois bastonetes. Embora ele tenha uma ampla utilização em outros países, seu uso não foi permitido no mercado brasileiro, em parte em função da crítica de grupos feministas quanto aos procedimentos de experimentação e aos efeitos de seu uso. Parte desse debate é tratada a seguir, ao discutirmos o material do *Implanon*<sup>®</sup>.

em que pode ocorrer a relação ginecologista-paciente-contraceptivo e entender a forma como a questão da remoção do Implanon<sup>®</sup> é colocada nos seus folhetos.<sup>27</sup>

Na década de 90, houve no Brasil uma intensa discussão sobre os implantes contraceptivos, particularmente sobre o Norplant<sup>®</sup>. A falta de autonomia das mulheres para a remoção do implante e a sua subordinação ao médico ou ao serviço de saúde responsável pela colocação do Norplant<sup>®</sup> foram questões levantadas por Solange Dacach e Giselle Israel. As autoras citam um levantamento feito pela feminista Betsy Hartman de trechos dos relatórios feitos pelo Population Council na Indonésia,<sup>28</sup> onde Hartman demonstra ocasiões em que a remoção do Norplant<sup>®</sup> antes do prazo previsto para a pesquisa não era permitida às pacientes que se submetiam à inserção:

*Uma vez que o método foi introduzido no Programa Nacional, os profissionais enfatizam a expectativa de que ele permaneça 5 anos e, assim, tornam a remoção por requisição da usuária cada vez menos freqüente* (Dacach e Israel 1993:28).

As relações entre os responsáveis pela pesquisa do Norplant<sup>®</sup> e as pacientes submetidas à pesquisa refletem, segundo esses relatos deixam transparecer, não somente a dependência das pacientes como uma hierarquia de poder que poderia tornar-se bastante constrangedora para as mulheres que se submetiam aos implantes:

*Indagado como responderia à solicitação de remoção antes dos cinco anos, um profissional respondeu: "As pessoas sabem que deve durar cinco anos, deram sua palavra... e as pessoas do campo não voltam atrás em sua palavra. Se elas solicitam a remoção, são lembradas de que deram a sua palavra..."* (Dacach e Israel 1993:28).

As autoras procuram reconstruir algumas *rotas internacionais* que as questões do planejamento familiar e da *fabricação, distribuição e consumo* dos contraceptivos percorrem, apontando para a influência de organismos internacionais na determinação das políticas nacionais de controle populacional. Segundo uma documentação pesquisada por Dacach e Israel, a introdução de contraceptivos era estimulada em países *onde o desequilíbrio entre o crescimento numérico [populacional] e o desenvolvimento potencial acarreta enormes e sérios riscos de instabilidade, inquietação e tensões internacionais.*

---

<sup>27</sup> Dacach e Israel, 1993 e Corrêa, 1994.

<sup>28</sup> Population Council Report on Norplant in Indonesia, 1989, apud Dacach e Israel (1993:26 a 29).

*Estes países são: Índia, Bangladesh, Paquistão, Nigéria, México, Indonésia, **Brasil**, Filipinas, Tailândia, Egito, Turquia, Etiópia e Colômbia.*<sup>29</sup>

As autoras insinuam que países como a Indonésia (que, desde a década de 1960, vem adotando políticas de controle populacional) configuram o cenário perfeito para a realização de pesquisas com novos contraceptivos, destacando a contundência de exemplos como esse tendo em vista as *repercussões lesivas ao corpo feminino e tantas outras violências observadas em vários países onde ocorreram programas semelhantes* (Dacach e Israel 1993:29). Questionam, também, o fato do implante ter sido desenvolvido nos EUA mas de só ter sido aprovado pelo país muitos anos depois, em 1990 – o que, por sua vez, teria levado a mídia brasileira a *alardear as facilidades, os benefícios e a eficácia da droga* (Idem, p.30).

Nelly Oudshoorn também chama atenção para o fato de que a produção de contraceptivos hormonais implicou a construção de contexto social e político que favorecesse não somente a sua aceitação moral como a experimentação desses contraceptivos. A autora demonstra como, em função de restrições morais, o primeiro contraceptivo produzido nos Estados Unidos por Gregory Pincus e John Rock precisou ser testado em Porto Rico. Essa escolha, segundo Oudshoorn, resultou de uma mistura de imperialismo cultural (que buscava resolver o problema do crescimento populacional em países subdesenvolvidos através de apoio e interação com programas de planejamento familiar) e de considerações práticas sobre a questão da experimentação (que garantisse a efetiva participação de mulheres na pesquisa) (Oudshoorn 1990:136).

No suplemento da revista *Contraception* do ano 1998 (vol.58), com os resultados das pesquisas iniciais com o Implanon<sup>®</sup>, é possível, de fato, constatar a forte participação da Indonésia. Segundo Mascarenhas, a pesquisa consistiu em 13 estudos realizados na Europa, América do Norte e do Sul, e no sudeste da Ásia, entre 1989 e 1997. O Norplant<sup>®</sup> foi usado nos sete estudos comparativos como referência. Pelo menos 40% das 1716 mulheres que usaram Implanon<sup>®</sup> e mais de 500 das 689 mulheres que usaram o Norplant<sup>®</sup> eram indonésias (Mascarenhas 1998;58:80s).<sup>30</sup> Independentemente dessa desigualdade, o

---

<sup>29</sup> Documento NSSM 200, *Implicações do Crescimento Populacional Mundial para a Segurança dos Estados Unidos e outros Interesses Externos* 1974:101, apud Dacach e Israel, 1993:26 – ênfase das autoras.

<sup>30</sup> Os demais países que participaram da pesquisa foram: Tailândia, Chile, Canadá, Singapura, Finlândia, Suécia, Reino Unido e países da Europa. O estudo que agrupou o maior número de mulheres, 687, foi

folheto informativo do Implanon<sup>®</sup> afirma que o método foi *testado e aprovado por mulheres no mundo inteiro*.

Na pesquisa feita pelas autoras com usuárias e ex-usuárias do Norplant<sup>®</sup> no Rio de Janeiro, em 1990, vários depoimentos demonstram as dificuldades das pacientes em obter a remoção:

*(...) eu chegava lá, eles diziam: 'Não posso tirar, só com 3 anos, depois só se tiver um problema sério, isto aí não é nada'; eu disse: 'É porque não é o senhor'. Foi um quebra-pau e tudo lá no hospital; eles não queriam tirar, eu fui na justiça, fui ao 'Povo na TV', aí me deram um papel eu levei para o hospital São Francisco de Assis, este papel que eles me deram, o promotor mandou entregar ao diretor, na direção do hospital, aí eu fui lá com a assistente social. Antes de fazer isso eu já tinha ido lá um montão de vezes. Eles não queriam tirar. Sabe o que é uma mulher perdendo sangue sem poder trabalhar? (Dacach e Israel 1993:90).*

*Ia dar parte deles, que não queriam tirar o aparelho... Aí a doutora toda bruta veio me xingando, me mandando deitar lá. Me tiraram quase a cru. Eu gritando, gritando, ela amarrou meu braço, segurou meu braço em cima da mesa e ela arrancando os aparelhos (Dacach e Israel 1993:97).*

Considerando as condições em que foram feitas essas experimentações do Norplant<sup>®</sup> e o perfil de classe das pacientes que delas participaram, as autoras entendem esses problemas como reflexos de uma sociedade na qual *as diferenças e assimetrias sociais e pessoais são imediatamente transformadas em desigualdades, e estas em relações de hierarquia, mando e obediência*.<sup>31</sup>

A relação que se pretende estabelecer, através desses folhetos informativos, entre uma potencial paciente/usuária e o laboratório que comercializa o contraceptivo tem uma natureza diferenciada da estabelecida durante uma pesquisa científica. Não se trata - ao menos diretamente - da realização de pesquisas ou experimentos com o produto, mas de uma relação comercial. Considerando-se a *trajetória* dos contraceptivos, esses folhetos informativos surgem em um momento posterior ao descrito para aquelas usuárias do

---

realizado na Europa, Chile e Canadá. Não é possível saber, a partir dessa tabela, quantas mulheres de cada país participaram da pesquisa. Essa é a razão porque os números de participantes da Indonésia são apresentados de forma aproximada.

<sup>31</sup> Chauí, Marilena - *Conformismo e resistência, aspectos da cultura popular no Brasil*. Editora Brasiliense, 1986; apud Dacach e Israel, 1993:108.

Norplant<sup>®</sup>. Há, no mínimo, uma diferença com relação a quem assume os custos relativos ao contraceptivo em uma situação (pesquisa) ou na outra (compra).<sup>32</sup> Seja em função dessa diferença ou mesmo da cautela do laboratório, tendo em vista esta polêmica passada sobre os implantes, a possibilidade de remoção do Implanon<sup>®</sup> aparece explicitamente nos folhetos, onde a *liberdade* da paciente para solicitar a remoção ao médico é enfatizada:<sup>33</sup>

*Mesmo sendo um implante de longa duração, você tem total liberdade para solicitar a remoção de Implanon<sup>®</sup> a qualquer momento. A remoção também é feita rapidamente no consultório pelo seu médico. Depois de localizar o implante, o médico fará uma pequena incisão de 2mm para retirar Implanon<sup>®</sup> (Folheto 1).*

Neste caso, portanto, a solicitação da remoção imediata do implante - reivindicação e crítica dos grupos feministas que analisaram as pesquisas com o Norplant<sup>®</sup> - é explicitada no folheto informativo do Implanon<sup>®</sup>. A dependência da paciente em relação ao médico para obtê-la é, a princípio, assegurada pela sua condição de consumidora de produtos.<sup>34</sup>

Segundo Dacach e Israel, os folhetos de propaganda do Norplant<sup>®</sup> indicavam os seguintes *efeitos secundários (colaterais): irregularidade menstrual, amenorréia, náuseas, perda de apetite, tonturas, cefaléia, perda da libido, alteração de peso, depressão, acne* (Dacach e Israel 1993:14-15).

Nos folhetos do Implanon<sup>®</sup> para pacientes, a referência aos *efeitos colaterais* restringe-se à seguinte frase: *Implanon<sup>®</sup> tem a mais baixa dose de hormônio e não possui estrogênio, responsável muitas vezes por náuseas e enjoos. (...) Tem sido bem aceito pelo organismo, com baixo potencial de efeitos colaterais* (Folheto 1). A questão da ausência da menstruação, neste caso, deixa de ser tratada como *efeito colateral* para ser definida como uma mudança sentida pelo corpo – Pergunta: *Meu corpo sentirá alguma mudança?* Resposta: *Com Implanon<sup>®</sup>, o sangramento tende a diminuir, sendo que, em 40% dos casos*

---

<sup>32</sup> Estou tentando ser cautelosa nessa afirmação porque o trabalho de Oudshoorn demonstra que nem sempre a difusão dos contraceptivos no mercado se deu após eles terem sido amplamente testados (Oudshoorn 1990).

<sup>33</sup> Um dos artigos trata justamente dessa questão: Mascarenhas, L. "Insertion and Removal of Implanon<sup>®</sup>" *Contraception*, 1998;58:79s-83s.

<sup>34</sup> Cabe questionar se essa liberdade seria, também, assegurada às pacientes que, eventualmente, recebessem o implante de algum serviço público de saúde. Tendo em vista o custo do implante, essa possibilidade é mais que remota. Comprado de um distribuidor, o implante custa atualmente R\$ 600,00. Os médicos, em geral, cobram de R\$150,00 a R\$300,00 adicionais para colocá-lo (considerando-se o dólar a R\$3,00, o custo do implante seria aproximadamente 300 dólares).

tratados, foi observada a amenorréia (ausência de menstruação). A TPM também apresenta uma importante redução. (folheto 1)

Na bula do Implanon<sup>®</sup>, não há um item *efeitos colaterais*, mas *reações adversas*, em que se encontra o seguinte texto:<sup>35</sup>

*Os efeitos indesejáveis relacionados a seguir foram relatados durante o uso de Implanon<sup>®</sup>. A associação não foi confirmada nem refutada. Reações com frequência maior que 5%: acne, cefaléia, aumento do peso corpóreo, endurecimento e dor nas mamas. Reações adversas com frequência maior que 2,5% e menor ou igual a 5%: alopecia, humor depressivo, labilidade emocional, alterações da libido, dor abdominal, dismenorréia.*<sup>36</sup>

A ausência da menstruação não aparece nem como um *efeito colateral* ou *reação adversa*, nem como uma *advertência*. No item *informações técnicas* consta que *em estudos clínicos foi (...) demonstrado que as usuárias de Implanon<sup>®</sup> freqüentemente têm sangramento menstrual menos doloroso*. A referência à *alteração no padrão de sangramento vaginal* é feita apenas no item *precauções*:

*(...) durante o uso de contraceptivos somente com progestagênios, pode ocorrer sangramento vaginal mais freqüente ou de duração mais longa em algumas mulheres, enquanto em outras o sangramento pode ser incidental ou esporádico ou totalmente ausente. Essas alterações freqüentemente são razões pelas quais a mulher rejeita o método. A aceitação do padrão de sangramento pode ser melhorada pelo oferecimento de aconselhamento cuidadoso às mulheres que escolheram Implanon<sup>®</sup>. A avaliação do sangramento vaginal deve ser feita quando necessário e pode incluir exame que exclua patologia ginecológica ou a presença de gravidez.*<sup>37</sup>

A partir dessas informações, pode-se notar, em primeiro lugar, a associação possível entre a ausência da menstruação e a presença da gravidez.<sup>38</sup> Segundo, que nem sempre ocorre a supressão total da menstruação. Para algumas mulheres, o sangramento pode ser

---

<sup>35</sup> O texto da bula está disponível no CD-Rom *Implanon<sup>®</sup> sem segredos*, fornecido aos ginecologistas que passassem pelo treinamento de inserção do Implanon<sup>®</sup>, no 49º CBGO.

<sup>36</sup> Segundo o artigo na *Contraception*, os números maiores que cinco são: 15,3% para acne, 9,1% para dor nas mamas, 8,5% de cefaléia e 6,4% de aumento do peso corpóreo (Urbancsek 1998;58:112s).

<sup>37</sup> Essas alterações nos sangramentos devem-se, como é explicado no folheto, à ação de hormônios derivados da *progesterona* – os *progestagênios*. Segundo ginecologistas, esses hormônios agem provocando uma inibição da ovulação (daí seu efeito contraceptivo) e do crescimento do endométrio (tecido interno do útero, que descama durante a menstruação).

pequeno, mas freqüente e imprevisível, o que os ginecologistas costumam chamar de *spotting*. A supressão da menstruação não é, aqui, referida como tal, e sim como *sangramento ausente*. A bula nos mostra, ainda, a preocupação com um *aconselhamento cuidadoso* às pacientes quanto a essa alteração, que facilite a sua *aceitação do padrão de sangramento* (mesmo que esse padrão seja, justamente, a falta de regularidade nos sangramentos).

Os folhetos do Implanon<sup>®</sup> e Norplant<sup>®</sup> e a bula do Implanon<sup>®</sup> configuram um exemplo dos deslocamentos contextuais por que passa a noção de menstruação. Neles, a menstruação é re-apresentada a partir de categorias classificatórias com hierarquias de valor distintas. De *efeitos colaterais* - termo usado para falar da supressão da menstruação no folheto do Norplant - a irregularidade menstrual passa a ser uma *mudança* percebida com o uso do contraceptivo (no folheto do Implanon<sup>®</sup>) e o conhecimento da paciente quanto a essa alteração, uma *precaução* que ajuda a melhorar sua *aceitação* desse novo *padrão menstrual*. Retomando a idéia de que esses deslocamentos de sentido podem ser analisados tendo em vista os embates por valores socialmente compartilhados, podemos pensar nesses deslocamentos (*efeito colateral – precaução – mudança*) como partes de um processo de valorização positiva da diminuição ou ausência dos sangramentos menstruais, que visa tirar dela o caráter de *efeito*, principalmente se for nocivo, indesejável, colateral ou adverso. O investimento simbólico passa a ser, então, na *menstruação* como causa de doenças ou deficiências e incômodos para a vida social e, conseqüentemente, na ausência da menstruação como algo positivo, benéfico ou desejável.

Sendo assim, os argumentos de que a *menstruação* é doença ou causa de doenças e de que as *alterações no padrão de sangramento*, resultantes do uso desses contraceptivos, são normais e benéficas compõem a re-apresentação da contracepção e da menstruação pois, ao mesmo tempo em que essas coisas são ditas, contraceptivos que provocam esse efeito são, também apresentados. A partir desse processo, métodos contraceptivos que, em função da sua ação sobre os sangramentos menstruais, não eram tão divulgados, puderam ser re-lançados. É o caso dos injetáveis trimestrais.

---

<sup>38</sup> Esta questão foi discutida na minha pesquisa de iniciação científica. Algumas mulheres e mesmo médicos temem, por exemplo, que a supressão dos sangramentos menstruais dificulte na hora de diagnosticar uma eventual gravidez (Manica, 2000).

Em um artigo sobre os desafios e perspectivas dos anticoncepcionais injetáveis, Sonia Corrêa chama atenção para o fato de que, embora venham sendo produzidos desde a década de 1970, os injetáveis (mensais e trimestrais) passaram, a partir de 1997, a ser divulgados através dos meios de comunicação como *novos contraceptivos* (Corrêa 1998:27). A aprovação da lei do planejamento familiar pelo Congresso Nacional e a sua normatização pelo Ministério da Saúde, resultantes por sua vez de *um programa de marketing social de anticoncepção financiado pela Usaid*, teriam impulsionado as campanhas publicitárias sobre os injetáveis (Corrêa 1998:28-35).<sup>39</sup>

Nesse artigo, a autora previa que, a partir de 1997, surgiriam outras alternativas de contracepção a longo prazo que não fosse a esterilização cirúrgica (até então, como já enfatizava Scavone,<sup>40</sup> a metodologia mais utilizada). Esses dados se confirmam no material que estou analisando – implantes, DIU e pílulas contínuas são elaborados com esse propósito e coadunam-se com as discussões de planejamento familiar e saúde reprodutiva.<sup>41</sup>

Uma outra questão para a qual apontava Corrêa se confirma: os injetáveis trimestrais, até 1997 menos usados para a contracepção do que para o tratamento de doenças como a endometriose, passam a ser re-lançados no mercado como *novos* e como *contraceptivos*. O folheto entregue no estande da SigmaPharma sobre o *Contracep*<sup>®</sup>, um dos nomes comerciais do acetato de medroxiprogesterona,<sup>42</sup> mostra uma geladeira com um recado colado em sua porta dizendo: *a nova conquista da mulher é a liberdade de esquecer*.

Fala-se, novamente, como nas propagandas do Implanon<sup>®</sup> em *novas conquistas*, em *liberdade de esquecer*. Outros recados, dentro do encarte, enfatizam outros benefícios do uso do injetável trimestral: *maior discricção, custo mais acessível, proporciona maior adesão, evita o esquecimento das tomadas diárias dos anticoncepcionais orais* porque demanda *apenas uma aplicação a cada três meses*.

A novidade, como lembra Sonia Corrêa, não acabara de surgir. Tratava-se, mais uma vez, de uma re-apresentação, beneficiada ao mesmo tempo por um contexto institucional, sócio-econômico, mercadológico e cultural (Corrêa 1998).

---

<sup>39</sup> Ênfase da autora. Segundo Sonia Corrêa, seu artigo resulta de um seminário sobre os injetáveis, promovido pelo Population Council e Ministério da Saúde, do qual participaram diversos grupos relacionados à área da saúde da mulher (a Febrasgo, entre eles).

<sup>40</sup> Scavone, 1998.

<sup>41</sup> Embora faltem, ainda, discussões sobre a questão do acesso desigual a essas novas tecnologias.

Voltando ao encarte com a pesquisa do Ibope, mas agora prestando atenção às questões sobre a menstruação, pode-se ver com clareza essa sua nova valorização (ou a intenção de demonstrá-la, nas falas das pacientes). Um gráfico indica que 66% das entrevistadas consideram seu fluxo menstrual médio e 21%, intenso. 57% delas prefeririam que o fluxo diminuísse, contra 40% que prefeririam que não mudasse. Das pacientes que gostariam que o fluxo mudasse, 26% atribuem como razão os sintomas relacionados à TPM, 22% porque têm fluxo intenso e não gostariam de correr o risco de vazar, 20% porque incomoda ou é desconfortável. 17% alegaram como motivo o longo período de menstruação, 12% o incômodo de usar absorvente ou *OB*<sup>®</sup> e outros 12%, as cólicas menstruais.

De acordo com o encarte, 62% das entrevistadas teriam respondido que ficariam sem menstruar um determinado período de tempo, se soubessem que isso não lhes causaria mal algum, enquanto 36% gostariam de continuar menstruando. Uma outra questão colocada pela pesquisa pedia às entrevistadas para relatarem os problemas mais comuns durante o período pré-menstrual. 53% das pacientes relataram irritação e raiva, 49% cólica, 43% dor de cabeça, 34% inchaço ou sensibilidade mamária, 25% ansiedade e 24% dor no corpo e dores musculares (para citar só os sintomas mais comuns). Apenas 8% alegaram não ter problemas nesse período; 89% disseram que esses sintomas *incomodam*.

---

<sup>42</sup> Desenvolvido pelo médico baiano, Dr. Elsimar Coutinho, autor da tese sobre a inutilidade da menstruação.



# MENSTRUAÇÃO

## OPÇÃO POR MENSTRUAR OU NÃO MENSTRUAR

### Questão

"Caso a Sra. pudesse ficar um determinado período de tempo sem menstruar, sem que isso lhe causasse algum mal, o que a Sra. preferiria?"



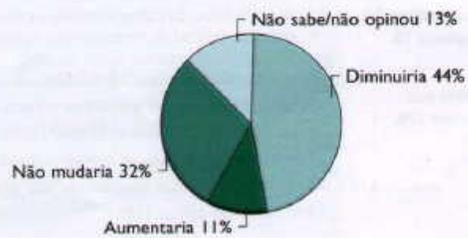
## PROBLEMAS MAIS COMUNS DURANTE O PERÍODO PRÉ-MENSTRUAL (estimulada - várias opções)

- Irritação/raiva	53%
- Cólica	49%
- Dor de cabeça	43%
- Inchaço/sensibilidade mamária	34%
- Ansiedade	25%
- Dor no corpo/dores musculares	24%
- Cansaço/sonolência	18%
- Depressão	18%
- Desanimada/desconcentrada	16%
- Náusea/mal-estar	15%
- Alteração do apetite	11%
- Distúrbios do sono	7%
- Não costuma ter problemas	8%

### GRAU DE INCÔMODO DOS SINTOMAS

- INCOMODAM	89%
- NÃO INCOMODAM	11%

## INTERRUPÇÃO DA MENSTRUAÇÃO E ALTERAÇÃO DA TPM PELO USO DE ANTICONCEPCIONAL



Folheto 3

Esses dados da pesquisa procuram reforçar para os ginecologistas o quanto a menstruação é desagradável para suas pacientes e, portanto, que ficar *sem menstruar* através do uso desses contraceptivos divulgados pode ser algo desejável por elas. Com essa intenção, o resumo dessa parte da pesquisa aponta: *A menstruação ainda é um grande incômodo para as mulheres. E, se pudessem, muitas prefeririam ficar sem menstruar.* O restante do material dedica-se, entre outras coisas, a demonstrar que elas podem.

## CONTROLANDO E PLANEJANDO A MENSTRUÇÃO:

### O USO CONTÍNUO DA PÍLULA

Um outro exemplo dessa desvalorização da menstruação pode ser verificada no material produzido pelo laboratório *Libbs* na divulgação da pílula contraceptiva Gestinol<sup>®</sup> 28 para os médicos. Um gráfico apresenta os seguintes resultados de uma pesquisa feita com 231 mulheres na Faculdade de Medicina de Jundiaí (SP): *Mulheres que consideram*

**GESTINOL<sup>®</sup> 28**  
Gestodeno 75 mcg  
Etinilestradiol 30 mcg

*Uma nova mulher todos os dias*

Mulheres que consideram desnecessário o sangramento na pausa do contraceptivo oral

Profissão	Porcentagem	Amostra (n)
MÉDICAS	71%	31
ESTUDANTES DE MEDICINA	50%	42
RESIDENTES	31%	138

231 mulheres pesquisadas

QUANTO MAIOR O CONHECIMENTO, MAIOR A CERTEZA DAS VANTAGENS DA CONTRACEPÇÃO ORAL CONTÍNUA.

LIBBS

#### Folheto 4

*desnecessário o sangramento na pausa do contraceptivo oral: 71% médicas, 50%*

*estudantes de medicina, 31% pacientes. Conclui, então: quanto maior o conhecimento, maior a certeza das vantagens da contracepção oral contínua* (Folheto 4).

Essa pesquisa resultou no artigo *Percepção do sangramento mensal entre usuárias de contraceptivos orais combinados* (Machado 2001). Segundo os resultados da pesquisa, 58% das mulheres entrevistadas consideram esse sangramento mensal necessário, e a principal justificativa dada para a manutenção do sangramento é a *tentativa de se aproximar do natural*.<sup>43</sup>

A classificação das respostas como provenientes de sujeitos distintos - pacientes, estudantes de medicina ou médicas - tem a função de apontar uma diferença de percepção (condicionada pelo grau de conhecimento) com relação ao sangramento menstrual e o sangramento que ocorre entre uma cartela e outra da pílula. Com isso, os autores procuram defender que o conhecimento (médico) sobre os processos biológicos que ocorrem no corpo feminino durante o uso da pílula leva à certeza de que os sangramentos de privação são desnecessários e, portanto, suprimíveis.

Operando com uma distinção classificatória entre o sangramento menstrual (menstruação) e o sangramento entre cartelas de pílulas contraceptivas (sangramento, sangramento de escape, sangramento mensal ou sangramento de privação) e demonstrando que o segundo é apenas uma mimese do primeiro - e, portanto, não mantém seu status de *natural* - busca-se, na verdade, *acompanhar a tendência atual de se questionar os benefícios da menstruação* e divulgar, ao mesmo tempo, a supressão da menstruação, carro-chefe da campanha publicitária do contraceptivo Gestinol<sup>®</sup> 28 (Machado 2001:204).

Gestinol<sup>®</sup> 28 é uma pílula contraceptiva fabricada pela *Libbs*, que contém um derivado estrogênico, o *etinilestradiol* (30mcg) combinado com um progestagênio, o *gestodeno* (75mcg). Por conter os dois tipos de hormônio, o Gestinol<sup>®</sup> 28 é classificado como um COC (Contraceptivo Oral Combinado). Cada cartela contém 28 comprimidos, que devem ser tomados ininterruptamente. Ao encerrar uma cartela, outra deve ser iniciada no dia seguinte.<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> A associação dos sangramentos com o "natural" já tinha sido levantada na minha monografia de graduação (Manica 2000).

<sup>44</sup> Gestinol<sup>®</sup> 28 não é a única pílula contraceptiva para uso contínuo. Lançada no Brasil em 2001 pela *Organon*, *Cerazette*<sup>®</sup> também é composta por uma cartela com 28 comprimidos que devem ser tomados ininterruptamente. No entanto, ela não contém derivados estrogênicos, apenas o progestagênio *desogestrel* (75 mcg).

O principal argumento da sua campanha de divulgação é que as mulheres podem - e devem - utilizar a pílula sem a tradicional interrupção de sete dias entre uma cartela e outra. Dessa forma, o *sangramento de privação* deve deixar de ocorrer. Segundo a monografia do produto, *quando os COCs foram criados há 40 anos, Gregory Pincus e John Rock, pioneiros nesse campo, não pretendiam tornar mandatário o regime cíclico de 28 dias (21 dias de comprimidos ativos com pausa de 7 dias). Esse regime não se baseia em nenhum princípio científico e só foi estabelecido dessa maneira para "mimetizar" o ciclo menstrual "natural" e torná-lo melhor aceito pelas mulheres* (p.32).<sup>45</sup>

Embora a distinção entre *menstruação natural* e o *sangramento de privação pelo uso de contraceptivos orais* seja ativada pelos sujeitos que elaboram esses textos, ela por si só não dá conta de justificar a alteração na forma de usar os contraceptivos orais. Investe-se, portanto, na desconstrução da necessidade da menstruação (no primeiro sentido) do ponto de vista *científico*, o que funciona, também, para corroborar a supressão do sangramento de privação (no segundo sentido):

*As mulheres contemporâneas têm três vezes mais períodos menstruais em suas vidas que as antepassadas, porque menstruam mais cedo e passam muito menos tempo grávidas ou amamentando. Limitar a frequência das menstruações através da indução da amenorréia com Gestinol<sup>®</sup> 28 é clinicamente sensato* (idem, p.32).

Para justificar o fato de que *cl clinicamente*, ou *do ponto de vista científico*, não há nenhum problema em suprimir as pausas e os sangramentos entre as cartelas de pílulas, enfatiza-se que as mulheres contemporâneas menstruam demais, muito mais que *suas antepassadas*, e que a supressão da menstruação é uma forma de escapar de *distúrbios* e dos sintomas desagradáveis e incômodos decorrentes da menstruação (chamados, por ginecologistas, de sintomas catameniais). Um outro folheto entregue aos ginecologistas pelo laboratório argumenta que *mulheres com sintomas catameniais aprovam o prolongamento do ciclo menstrual* em função da conseqüente *ausência ou redução de sintomas catameniais* como *enxaqueca, dismenorréia, síndrome pré-menstrual e endometriose* (Folheto 4).

---

<sup>45</sup> A monografia do Gestinol<sup>®</sup> 28 foi entregue, também, durante o 49º CBGO no estande da Libbs.

**GESTINOL® 28**  
Gestodeno 75 mcg  
Ethinilestradiol 30 mcg

Mulheres com sintomas catameniais aprovam o prolongamento do ciclo menstrual

Ausência ou redução de Sintomas Catameniais

**74%**

- Enxaqueca
- Dismenorréia
- Síndrome pré-menstrual
- Hiperandrogenismo: hirsutismo, acne, síndrome dos ovários policísticos
- Sangramento uterino disfuncional e anemia
- Endometriose

*Uma nova mulher todos os dias*

LIBBS

#### Folheto 4

Na introdução da monografia do Gestinol<sup>®</sup> 28, as menstruações repetidas aparecem como produtos da civilização:

*Indiscutivelmente a civilização trouxe algumas conquistas importantes para a mulher, abrandando a rigidez e a dureza dos costumes sociais que pesavam sobre ela. Deu-lhe, por exemplo, o casamento e o direito de coabitação, além de garantias de reconhecimento e ajuda na manutenção da prole. Mas trouxe também algumas inconveniências. Uma delas - e talvez a mais notória - a menstruação repetida por ciclos. Em tempos até recentes, não era raro se deparar com a mulher que praticamente não menstruava, ou ela estava grávida ou estava amamentando. Com o emprego dos métodos contraceptivos e diante das necessidades socioeconômicas, a mulher, de certa maneira, libertou-se das gravidezes sucessivas (p. 4).*

De acordo com a monografia, então, a civilização, por um lado, libertou a mulher das indesejáveis gravidezes sucessivas, porém por outro, criou uma outra e nova inconveniência: as menstruações sucessivas. Parte das inconveniências atribuídas à menstruação são constrangimentos relacionados à higiene pessoal. Segundo a monografia, algumas mulheres *preferem a amenorréia induzida à menstruação periódica tanto por*

*razões de higiene, como para evitar a inconveniência da perda mensal de sangue* (idem, p. 6). A contracepção oral combinada contínua é apresentada como a solução para essas inconveniências e, assim como tínhamos visto nos folhetos do Implanon<sup>®</sup>, defende-se que seu uso permite um controle maior da vida pessoal:

*Por seu dia-a-dia corrido e competitivo, a mulher contemporânea tem que estar sempre pronta e disposta. Gestinol<sup>®</sup> 28 (COC contínuo) - lançado recentemente -, possibilita o prolongamento do ciclo menstrual, permite-lhe maior domínio de si mesma, maior segurança e eficiência em suas atividades* (idem, p. 5).

As inconveniências estão, portanto, relacionadas ao impedimento das atividades que essa *mulher contemporânea* tem que desempenhar. A questão da *disponibilidade* para o trabalho e para o lazer, neste caso, é fundamental. A utilização da pílula ininterruptamente funciona como uma forma de controlar ou planejar a vida de modo a não deixar de realizar essas atividades:

*(...) o controle do ciclo menstrual é fundamental para a mulher, pois lhe possibilita planejar suas atividades de trabalho ou lazer. Esse controle inclui aspectos importantes como a periodicidade da menstruação, o número de dias de perda sanguínea e o volume dessa perda. (...) Entre mulheres, é comum, hoje em dia, a decisão de adiar um ou mais períodos de menstruação por razões sociais, de lazer ou pessoais, como a realização de casamento, férias ou viagens prolongadas. Mulheres que usam contraceptivos também tomam esse tipo de decisão com o objetivo de fugir às inconveniências mensais do sangramento de privação hormonal* (idem, pp. 5 e 6).

Além da questão do controle sobre o ciclo menstrual como uma forma de possibilitar liberdade e planejamento para a mulher, é importante notar, nessa passagem, o empenho em demonstrar que algumas mulheres já faziam uso ininterrupto das pílulas tradicionais, e que elas o faziam por conveniência pessoal ou para escapar desses sintomas catameniais. Se algumas mulheres lançavam mão desse recurso, agora, então, poderão controlar com mais segurança seus sangramentos menstruais, como se argumenta no artigo *Pílulas, cada vez melhores: a mulher poderá ficar em amenorréia pelo tempo que quiser.*

*Ao fazer uma pausa de sete dias, terá sangramento. Aí, decide se quer voltar a ficar em amenorréia ou não.*<sup>46</sup>

No encarte informativo do Gestinol<sup>®</sup> 28, também destinado aos médicos, a imagem da *mulher contemporânea*, para quem interessa a supressão da menstruação, tem características bastante marcantes. Como nos folhetos do Implanon<sup>®</sup>, essas imagens são provavelmente produtos do trabalho publicitário sobre o *público-alvo* dos contraceptivos. Por isso mesmo, nos dizem muito sobre a construção do perfil estereotipado da consumidora dos contraceptivos em questão e, conseqüentemente, das noções subjacentes à idéia de *mulher moderna* ou *contemporânea* que circulam pelos sujeitos envolvidos neste contexto relativo aos contraceptivos e à contracepção.

Na capa, vemos uma jovem *executiva*, de cabelos castanhos claros lisos e compridos, penteados para trás. Seus olhos são claros, ela tem uma leve maquilagem no rosto e unhas feitas com esmalte bem claro. Vestida com um *tailleur* cinza e camisa branca, a jovem lê o jornal *Gazeta Mercantil* enquanto toma um café. No texto abaixo – simulação de um diário ou de um diálogo – ela diz: *Acordei feliz! Reunião em Paris. Dessa vez não voltarei sem conhecer o Louvre*. Através desta primeira imagem podemos perceber, de início, um viés de classe social orientando a construção da imagem desta mulher: não é qualquer trabalhadora que lê esse tipo de jornal e participa de reuniões em outros países, e mais de uma vez, já que ela dá a entender que, em uma outra visita, ela voltou sem conhecer o Louvre (não sabemos, aqui, se a causa foi o excesso de trabalho, escassez de tempo ou algum incômodo, decorrente da menstruação, talvez...).

---

<sup>46</sup> Jornal *Libbs no 49º CBGO*, distribuído durante o congresso. (p.7) A diferença entre as pílulas *tradicionais* e as *novas e melhores* está na sua formulação hormonal. As últimas são elaboradas pensando no uso contínuo. A associação feita, com taxas menores de derivados estrogênicos busca minimizar os sangramentos de escape que são mais freqüentes no uso contínuo das pílulas do primeiro tipo.

## Folheto 5



Tomar um cafezinho em um bar (e não em casa), lendo a Gazeta Mercantil, evidencia que se trata de uma mulher profissionalizada, que freqüenta como consumidora o espaço público de um bar e que está preocupada não somente com seu trabalho, mas também com questões econômicas e políticas do seu país e do mundo.

Na segunda imagem, a jovem está na rua, em um centro urbano (vemos prédios, carros e um ônibus ao fundo). Ela, sorrindo, chama um táxi, segurando com a mesma mão a maleta de seu computador portátil. Ela diz: *Meu carro novo chega hoje. (lindo) Que legal!* Na página ao lado, anuncia-se: *uma nova mulher, todos os dias*, e algumas informações sobre o Gestinol<sup>®</sup> 28 são dadas: *Primeiro contraceptivo oral combinado de uso contínuo, com 28 comprimidos ativos. Mínima dose que mantém as mulheres em amenorréia. 1 comprimido de Gestinol<sup>®</sup> 28 tem o mesmo preço de 1 comprimido de Diminut<sup>®</sup>.* Essas informações já apontam para o efeito supressor da menstruação como um dos principais diferenciais dessa pílula com relação aos demais contraceptivos, embora o custo não seja tão diferente.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Como é no caso do Implanon<sup>®</sup> e do Mirena<sup>®</sup>.

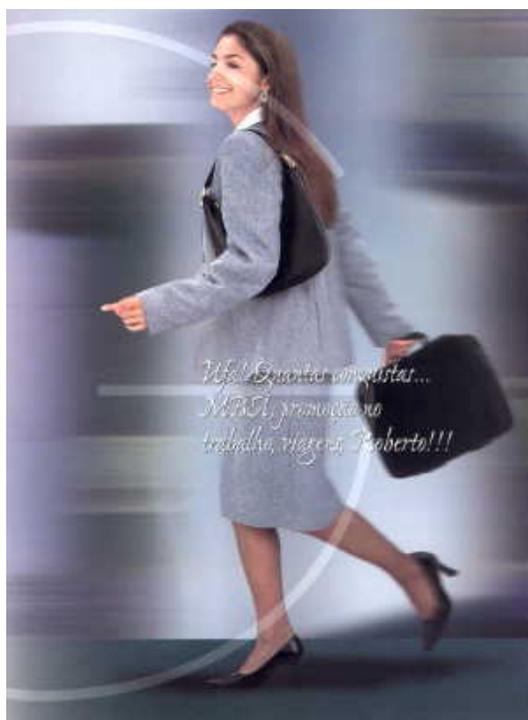
## Folheto 5



Na terceira página, enquanto se apressa para chegar ao aeroporto, ela fala um pouco mais de si mesma: *Ufa! Quantas conquistas... MBA; promoção no trabalho, viagens, Roberto!!!* Sabemos, então, que esta jovem vive um momento *especial* em sua vida. Em primeiro lugar, de sucesso profissional - o que significa bastante esforço, mas também satisfação (sua felicidade estampada no rosto) e dinheiro (seu lindo carro novo) - e, em segundo lugar, afetivo – ela *conquista* Roberto.

O texto da página ao lado lista algumas *situações em que uma mulher deseja prolongar seu ciclo*. O primeiro caso citado é das *atletas, modelos e bailarinas*. Sangramentos abundantes em períodos não controlados ou imprevistos significam, para essas profissionais, senão a impossibilidade, ao menos uma dificuldade considerável nas condições de trabalho. Numa situação similar estariam as *mulheres em serviço militar*.

As viagens longas, casamentos, férias, lazer configuram um mesmo conjunto de atividades não profissionais (com exceção, talvez, das viagens) em que uma menstruação longa, de fluxo intenso ou com outros sintomas catameniais pode ser bastante incômoda e desagradável. Mas de todas essas situações, a que mais me chama a atenção é a última: *mulheres competitivas*. O que tornaria a menstruação algo incompatível com a vida de *mulheres competitivas*? Provavelmente, busca-se, com essa colocação, reforçar a idéia de que a menstruação ocasiona momentos de fraqueza e debilidade, momentos que irremediavelmente afetariam a *performance* desta mulher com relação às demais pessoas com quem ela compete (colegas de trabalho, podemos inferir). Na conclusão, retoma-se a ênfase no fato de que muitas mulheres já faziam uso da pílula ininterruptamente: *43% das mulheres alteram espontaneamente o tempo de sangramento de privação*, o que reforça uma concepção de que os laboratórios estão, apenas, atendendo a uma demanda pré-existente.<sup>48</sup>



<sup>48</sup> Uma das ginecologistas entrevistadas durante a minha pesquisa de monografia já havia apontado essa questão dos modelos profissionais. Retomo, aqui, um trecho em que a cito: "(...) para ela é excelente ficar sem menstruar. Se ela tiver um desfile, que ela tenha que usar uma roupa branca, ela não vai poder usar absorvente... nem correr o risco de colocar um absorvente interno que vaze. (...) realmente tem situações que ela vai falar: não, essa semana do mês eu não posso trabalhar, e vive disso... é complicado". Interessante que, justamente os modelos de feminilidade, beleza e saúde tenham que utilizar a supressão da menstruação para conseguir manter a aparência de saúde e beleza que representam. E que, segundo esta médica, especialmente para elas a supressão da menstruação seja excelente, mais necessária ou freqüente que para as outras mulheres (Manica 2000:53).

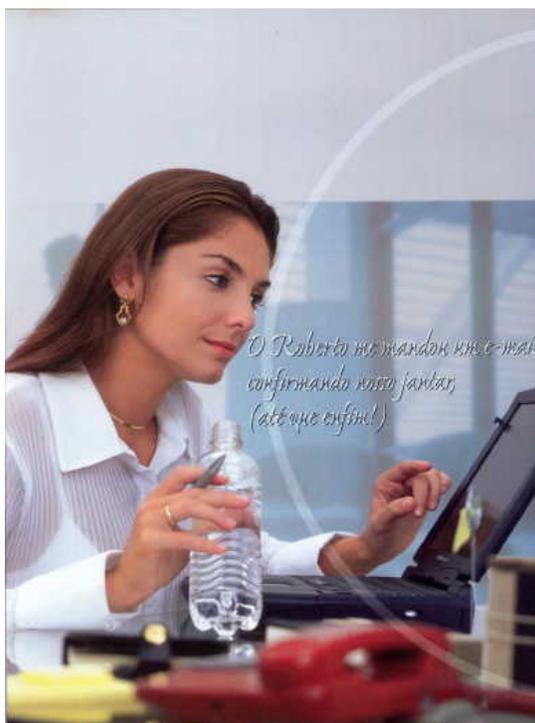
Esperando seu vôo, a jovem checa, então, seu computador e celular ao mesmo tempo, pensando... *Me sinto uma nova mulher (que eu sou!) Mais madura e muito mais segura.* A página ao lado reafirma *uma nova mulher, todos os dias* e apresenta os principais *sintomas catameniais* relatados por mulheres durante a pausa de sete dias da pílula (cefaléia, dismenorréia, menorragia, TPM), afirmando em seguida que esses sintomas catameniais são minimizados quando se usa contracepção oral combinada contínua. Não somente ela *se sente*, como *é* uma nova mulher, caracterizada pela sua *maturidade* (cujos símbolos são o sucesso profissional, emprego, viagens, carro, computador, celular e sucesso afetivo), *segurança* (financeira, emocional) e sua *saúde* (já que a nova contracepção lhe permite evitar os sintomas desagradáveis e incômodos do ciclo menstrual). Não se fala diretamente sobre *Planejamento Familiar* nesse material, mas a ausência total de família, esfera doméstica ou filhos na vida desta mulher nos diz muito sobre quais são as questões valiosas para ela neste momento, sobre quem e quais atividades concentra-se toda a sua atenção.



A imagem seguinte nos esclarece a situação da sua ligação afetiva com Roberto: enquanto segura uma garrafa de água mineral, vemos uma aliança de noivado na sua mão. Verificando as mensagens de correio eletrônico, ela diz: *O Roberto me mandou um e-mail,*

*confirmando nosso jantar (até que enfim!).* Até mesmo seu encontro com o noivo Roberto deve acontecer na esfera pública – um restaurante, provavelmente. É um encontro agendado com antecedência, algo que precisa ser confirmado – oposto, portanto, à previsibilidade que poderia ser esperada numa convivência familiar mais tradicional.

Folheto 5



O texto ao lado afirma que *81% das pacientes apresentaram ausência de spotting ou sangramento de escape*, o que configura um *excelente resultado*, tendo por comparação outros contraceptivos. Como mostra o material do Implanon<sup>®</sup> (e como veremos adiante, com o DIU Mirena<sup>®</sup>), com o uso dos contraceptivos à base de progestagênios observa-se uma alteração nos sangramentos menstruais. Uma certa parte das pacientes apresenta sangramentos irregulares ou *spotting* e, segundo os ginecologistas isso se deve principalmente à ausência do estrogênio nas suas formulações. Como, no caso, os COCs contínuos possuem também derivados estrogênicos, afirma-se que a ocorrência desses sangramentos é menor.

Considerando a seqüência das imagens como uma trajetória coerente, no momento em que confirma o jantar com seu noivo, a jovem estaria em Paris. Na imagem final, com

sua bolsa a tiracolo, ela sai de uma sala (de hotel ou escritório) dizendo: *lembrar de passar no Free-shop para pegar o meu perfume...* Pretende-se, então, como conclusão, mostrar que mesmo sendo extremamente ativa e bem sucedida no trabalho, esta *mulher contemporânea* ainda se lembra de cuidar de si mesma e de *alimentar* a sua feminilidade, comprando seu perfume importado no *Free-shop* do aeroporto.

Na última página do encarte recomenda-se, ainda, o Gestinol<sup>®</sup> 28 às pacientes que procuram um método de reposição hormonal.<sup>49</sup> Faz-se referência à dose do derivado de estrogênio, enfatizando-se que ela é *ótima para prevenir e repor a perda óssea* (um dos problemas associados à menopausa). Afirma-se, ainda com relação a essa questão, que *Gestinol<sup>®</sup> 28 reduz em 25% o risco de fratura do quadril e, se administrado por pelo menos 2 anos, reduz em 76% a perda da DMO* (densidade mineral óssea).

A contracapa do encarte traz a bula do Gestinol<sup>®</sup> 28. Sua indicação é para *contracepção contínua* e no item *utilidade clínica* são listadas várias *doenças catameniais* que têm, com Gestinol<sup>®</sup> 28, a *intensidade reduzida*, bem como demais doenças que têm o risco reduzido. Entre os gráficos e dados apresentados dentro do encarte e a contracapa há uma substituição do termo *sintomas* catameniais para *doenças* catameniais. Esse termo (doenças) está também presente na monografia do produto. Não é difícil perceber o efeito dessa mudança: a suspensão do sangramento menstrual toma claramente a dimensão de tratamento médico.

Por outro lado, e ao contrário da bula do Implanon<sup>®</sup>, os *sangramentos intermediários* são brevemente citados no item *reações adversas*. A questão dos sangramentos é tratada mais detalhadamente no item seguinte, *posologia e modo de usar*:

*Podem ocorrer em casos isolados sangramentos por escape e "spotting", principalmente durante o início da utilização de Gestinol<sup>®</sup> (gestodeno/etinilestradiol), que, geralmente, cessa espontaneamente. A paciente deve, entretanto, continuar o tratamento com Gestinol<sup>®</sup> (gestodeno/etinilestradiol) em caso de sangramento irregular. Caso o sangramento persista ou recorra, diagnóstico apropriado, incluindo curetagem, faz-se necessário para excluir causas orgânicas.*

---

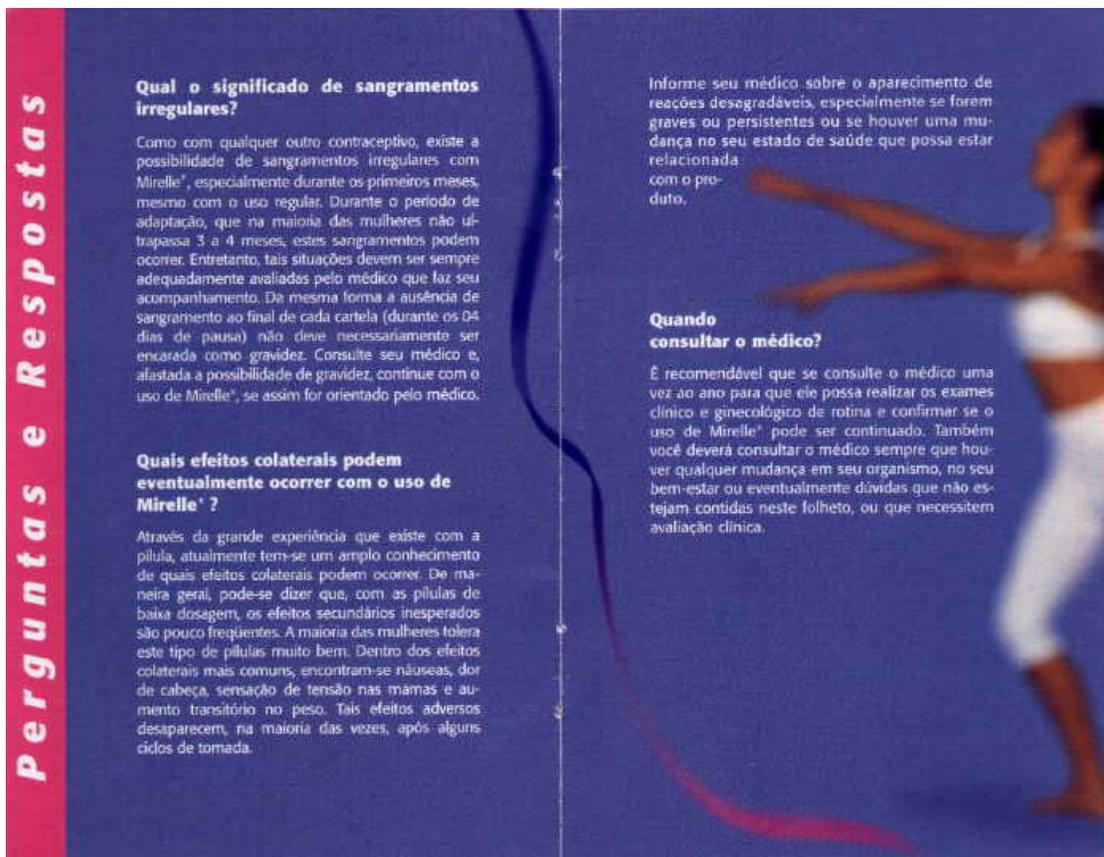
<sup>49</sup> A terapia de reposição hormonal (TRH), assim como a contracepção hormonal, tem sido bastante comercializada no mundo todo e é, para os laboratórios farmacêuticos, um mercado promissor, muito embora a polêmica (em 2002) sobre os riscos do uso de determinados medicamentos tenha colocado a TRH em discussão.



Os mesmos compostos utilizados em Gestinol<sup>®</sup> 28 podem ser encontrados nas pílulas Minesse<sup>®</sup> e Mirelle<sup>®</sup>, porém em dosagem menor: 60mcg de gestodeno e 15mcg de etinilestradiol (contra, respectivamente, 75 e 30mcg). No folheto de Minesse<sup>®</sup>, pílula produzida pelo laboratório Wyeth<sup>®</sup>, isso aparece como uma vantagem, enfatizada justamente através do argumento de que, com essa dose, há uma incidência mínima dos *efeitos colaterais* do uso de hormônios: *quanto mais baixa for a dose de hormônios contida na pílula, menores serão os efeitos colaterais causados pela sua utilização.*

O folheto *Perguntas e Respostas* de Mirelle<sup>®</sup>, produzida pela Schering, informa: *essa dosagem baixa trouxe muitos benefícios à mulher sem prejuízo da eficácia.* Explica, então, como deve ser tomada a pílula (o que, no folheto de Minesse<sup>®</sup>, era chamado de *novo regime*): um comprimido por dia durante 24 dias e 4 dias de pausa antes de iniciar uma nova cartela. Segundo o folheto, neste período de 4 dias deverá ocorrer sangramento (menstruação), e *este sangramento pode não haver cessado antes do início de uma nova cartela.* Se esse *novo regime* não defende diretamente a supressão dos sangramentos menstruais, ao menos admite a possibilidade de que os sangramentos sejam bastante reduzidos, pois ao voltar a tomar a pílula 4 dias depois da pausa, o sangramento - que teria acabado de começar - tende a parar.

Discute-se, ainda, o *significado de sangramentos irregulares*, ressaltando-se que esses sangramentos podem ocorrer principalmente nos três primeiros meses de uso do contraceptivo (entendidos como *período de adaptação*). Em uma questão separada, discute-se a questão dos efeitos colaterais (*náuseas, dores de cabeça, sensação de tensão nas mamas e aumento transitório do peso*) (Folheto 6).



Folheto 6

A recorrência dessa separação, como aponte anteriormente, funciona no sentido de dar um status diferenciado para a questão dos sangramentos irregulares, que não a de *efeito colateral* ou *reação adversa*. Isso está certamente relacionado, por sua vez, com a intenção de apresentar, como o fazem posteriormente, os *outros benefícios* dos contraceptivos orais combinados (além da contracepção). Segundo aponta-se no folheto 6, alguns dos benefícios são, exatamente, decorrentes dessas alterações: *melhora das cólicas (dismenorréia), regula a menstruação, diminui a quantidade e o número de dias da menstruação, portanto diminui o risco de anemia por deficiência de ferro*.

## (RE)INVENTANDO A CONTRACEPÇÃO: O "ENDOCEPTIVO"

Outra novidade no campo dos contraceptivos é a *Endocepção*<sup>®</sup>, nome dado para a utilização do DIU Mirena<sup>®</sup>, produzido pela Berlimed (divisão do laboratório Schering). Segundo a monografia do produto, o Mirena<sup>®</sup> *consiste de uma pequena e simples estrutura plástica (32mm de comprimento) em forma de "T", com um cilindro contendo 52 mg de levonorgestrel (LNG) [um progestagênio]. Após sua inserção no útero, o LNG é liberado na cavidade uterina em doses mínimas (20 mcg/dia). A duração prevista da ação do Mirena<sup>®</sup> é de cinco anos.*

Segundo o encarte informativo entregue aos médicos, trata-se de uma *nova opção para prevenção da gravidez que reúne os benefícios dos métodos contraceptivos hormonais e dos dispositivos intra-uterinos em UM sistema eficaz (Folheto 7)*. Na monografia, explica-se seu mecanismo de ação e o seu nome:

*O efeito contraceptivo de Mirena baseia-se nos efeitos locais do LNG dentro da cavidade uterina. Esta é a razão pela qual falamos de um efeito contraceptivo interno (dentro do útero), do qual deriva a palavra "endo-contraceptivo", a qual encurtamos e "batizamos" de Endoceptivo<sup>®</sup> (SIU). O nome criado para o contraceptivo remete, assim, à fusão entre um dispositivo intra-uterino e um mecanismo de contracepção hormonal. E por conta dessa fusão, ele não é chamado pela Berlimed de DIU (Dispositivo Intra-Uterino), mas de SIU (Sistema Intra-Uterino).*

Os *efeitos locais* do hormônio levonorgestrel consistem, segundo indica a monografia, na *prevenção da proliferação endometrial e [n]o espessamento do muco cervical*. Ressalta-se, como conseqüência deste último efeito, a possibilidade de inibição da motilidade e função dos espermatozoides dentro do útero e nas trompas. A diminuição da proliferação do endométrio, por sua vez, colabora para *diminuir progressivamente o fluxo do sangramento menstrual*.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Um dos efeitos colaterais dos outros dispositivos intra-uterinos presentes no mercado era o de provocar muito sangramento, além de aumentar o risco de DIP – doença inflamatória pélvica. Estes eram, inclusive, alguns dos motivos da menor utilização do DIU em comparação com a esterilização e a contracepção hormonal no Brasil, conforme aponta Lucila Scavone (Scavone 1998). Segundo dados da monografia do produto, comparando-se o Mirena<sup>®</sup> ao DIU *Nova T*, o volume de sangramento menstrual nas usuárias de

Ao longo do encarte (folheto 7), enfatiza-se repetidamente a palavra *local*:

*Mirena<sup>®</sup> é um sistema hormonal, seguro e eficaz, desenhado para, após ser inserido na cavidade uterina, liberar uma microdose de levonorgestrel no **local**.*

*Através da liberação **local** controlada de levonorgestrel, Mirena<sup>®</sup>...*

*Mirena<sup>®</sup> libera 20 mcg de levonorgestrel por dia de forma **localizada**.*

Segundo o encarte, graças a esse efeito *local* (que participa do nome dado ao sistema de ação em questão, uma vez que *endo* remete à *ação local, dentro do útero*), há uma diminuição da *possibilidade de ocorrerem efeitos colaterais sistêmicos*. Como consequência, obtêm-se *concentrações hormonais plasmáticas menores que (...) com os contraceptivos orais*. Em oposição às pílulas contraceptivas, cuja ação hormonal depende de sua absorção após a ingestão e circulação na corrente sanguínea, e devido a esse *singular mecanismo de ação*,<sup>51</sup> Mirena<sup>®</sup> é promovido como um *sistema* contraceptivo revolucionário, tanto na monografia e no encarte para os médicos como - e principalmente - nos folhetos e no vídeo informativo, destinados às pacientes.

No folheto para as pacientes (*Programa Mulher Ativa: o endoinformativo da mulher moderna*) anuncia-se: *A Schering está colocando à disposição das mulheres brasileiras a endocepção<sup>®</sup>, a mais moderna e revolucionária alternativa aos métodos contraceptivos existentes na atualidade. Um método totalmente reversível, com eficácia comprovada e ação de até cinco anos*. Revemos, portanto, termos como *moderno* e *revolucionário*, que remetem a um desenvolvimento tecnológico sem precedentes. No entanto, como toda a tecnologia produzida, está apenas à disposição das mulheres que possam pagar por ele.<sup>52</sup>

---

Mirena<sup>®</sup> diminuiu em 60%, ao passo que aumentou em 90% nas mulheres utilizando Nova T. A diferença entre os dois está na presença do levonorgestrel no Mirena<sup>®</sup>.

<sup>51</sup> Segundo depoimento citado no encarte de Dr. Elof Johansson, vice-presidente do Biomedical Research at the Population Council, Nova York. In: Foro de Ginecologia, vol.2 n.1, 1999.

<sup>52</sup> A compra e colocação do *DIU Mirena* custam em torno de 1400 reais.

## O que é um ENDOCEPTIVO® ?

É uma nova opção para prevenção da gravidez que reúne os benefícios dos métodos contraceptivos hormonais e dos dispositivos intra-uterinos em UM sistema eficaz.

**Mirena®** é um sistema hormonal, seguro e eficaz, desenhado para, após ser inserido na cavidade uterina, liberar uma microdose de levonorgestrel no local.

## Como atua o ENDOCEPTIVO® ?

Através da liberação local controlada de levonorgestrel<sup>(1)</sup>, **Mirena®**:



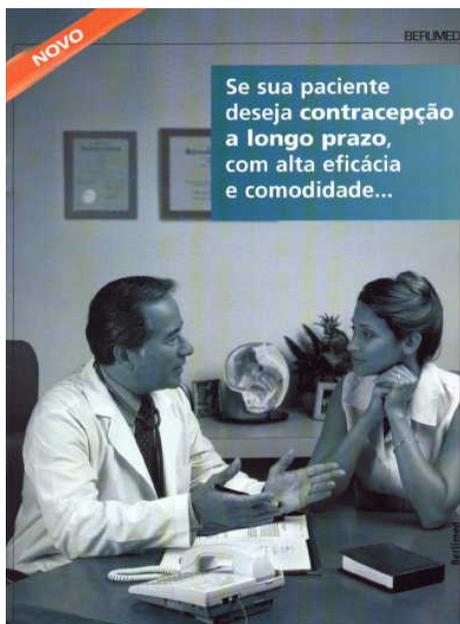
**Mirena® libera 20 µg de levonorgestrel por dia** de forma localizada.

**NOVO**  
**Mirena®**  
**Levonorgestrel**  
ENDOCEPTIVO 20µg/24h

**O Melhor de Ambos os Mundos  
para a Mulher com Filhos**

O vídeo informativo retoma, com uma linguagem diferente, esses temas a que me referi: modernidade, revolução tecnológica e eficácia. Suas informações vêm travestidas de uma imagem de *alta tecnologia*, através da qual consegue-se o total controle do processo reprodutivo. No vídeo, vemos uma imagem computadorizada simulando algo como uma placa de chips eletrônicos. Uma voz feminina nos cumprimenta: *Bem vindo à jornada Mirena! Você fará uma viagem virtual pelo interior do corpo feminino para acompanhar o funcionamento de Mirena. Não se preocupe porque eu serei sua guia nesta viagem pelo mundo da endocepção. Passaremos através do portal dentro de alguns segundos.* Nesse momento, duas placas surgem (uma de cima, outra de baixo) e se fecham, deixando apenas frestas em forma de letras: MIRENA. Estas frestas são, então, percorridas por uma luz brilhante e um círculo acima delas abre-se em três partes - como aquelas portas de estilo *futurista* que vemos em filmes de ficção científica - mostrando o logotipo do Mirena<sup>®</sup>. Ouve-se novamente a voz: *Estamos prontos. Segure-se!* Entramos no logotipo, que é formado por três traços arredondados cuja configuração desenha um útero. Atravessamos a imagem do colo do útero, por onde passam e saem dois fios (*o fio retirador do Mirena*) e vemos como o Mirena<sup>®</sup> fica dentro da cavidade uterina. A voz nos explica o funcionamento de Mirena<sup>®</sup> dentro do útero e das trompas, enquanto visualizamos todo o processo. Seguimos as moléculas do levonorgestrel desde dentro da cápsula do Mirena<sup>®</sup> até sua ação sobre os espermatozóides e o tecido endometrial. Finalmente, retornamos ao local de onde havíamos partido e vemos o *portal* fechar-se à nossa frente. A voz se despede, dizendo: *Obrigada por participar da jornada Mirena<sup>®</sup> pelo universo da endocepção. Espero que você tenha gostado.*

Folheto 7



O perfil da paciente que, espera-se, adotará o Mirena<sup>®</sup>, pode ser percebido ao longo das imagens e do texto do encarte. Na capa, vemos um ginecologista de meia idade explicando algo à sua paciente dentro de seu consultório – algo que, em seguida, ela discutirá com suas colegas durante um almoço. O texto diz: *Se sua paciente deseja contraceção a longo prazo, com alta eficácia e comodidade... então ela busca algo mais, que os métodos contraceptivos convencionais não podem oferecer.* A página mostra uma lista com vários métodos contraceptivos (esterilização, DIU, preservativo, etc) e suas *características e limitações.* Conclui sugerindo que *a solução atual para a mulher com filhos é a Endocepção<sup>®</sup>.*

Na página de apresentação, dentro do encarte, vemos a mulher com sua família: o marido e um casal de filhos. Eles aparecem juntos, brincando na praia. Em todos os momentos, o logotipo do Mirena<sup>®</sup> aparece sobreposto à imagem da mulher. O logotipo é formado por três traços cuja configuração desenha um triângulo (que lembra um útero). Os traços representam as três funções do Mirena<sup>®</sup> (inibição do endométrio, da motilidade espermática e espessamento do muco) e o desenho nos indica que, com Mirena<sup>®</sup>, o útero está protegido de uma gravidez. A imagem da família, todos juntos e felizes, sentados num banco na calçada da praia, aparece também na capa do folheto 10, *Informações sobre Mirena<sup>®</sup> (para usuárias).*



Folheto 10

Ao contrário do Gestinol<sup>®</sup> 28, direcionado para um ideal de mulher cujas prioridades circulam em torno de uma vida profissional e individualizada, para quem a maternidade era algo que deveria ser considerado futuramente, o público-alvo do Mirena<sup>®</sup> são mulheres mais maduras, que já tiveram filhos e que querem adotar um método contraceptivo mais duradouro.

Essa imagem é ainda mais evidente no folheto *Programa Mulher Ativa: o endoinformativo da mulher moderna*. A empresa distribui, após cadastrar as mulheres interessadas em utilizar o Mirena<sup>®</sup>, o vídeo informativo que descrevi há pouco e este *endoinformativo*, com informações sobre a endocepção e uma carta escrita por Milena, uma mulher de 34 anos, também casada e com um casal de filhos.<sup>53</sup> Na carta, Milena diz que estava em dúvida quanto ao método contraceptivo que iria adotar após o nascimento de seus filhos. Cansou de tomar a pílula todos os dias, pensou em fazer laqueadura, mas não queria tomar uma decisão tão definitiva, pois gosta demais de seus filhos e tem medo de querer *repetir a dose* um dia. Seu marido, Carlos, também acha que é muito jovem para fazer uma vasectomia. Ambos têm receio de tomar a decisão por um método de esterilização porque *é uma decisão definitiva* – até que conhece, através de seu médico, o Mirena<sup>®</sup>.

A carta remete à imagem de uma mulher que tem uma vida familiar relativamente definida (marido e um casal de filhos) e que busca a contracepção por um tempo mais prolongado. A presença da família nas imagens e textos dos folhetos do Mirena<sup>®</sup> compõe a re-apresentação de um conjunto de relações de gênero distinto do presente no material do Gestinol<sup>®</sup> 28 e do Implanon<sup>®</sup>.<sup>54</sup> Além dos filhos, amigas e do ginecologista que, desta vez, aparece discutindo com a paciente (folheto 8) ou, como na carta de Milena, é nomeado (Dr. Mauro, folheto 9), entra também em cena o marido: na foto do folheto 10, brincando junto com a mulher e as crianças na praia, ou na carta de Milena, o marido Carlos, que chega a considerar, a partir de uma conversa com Milena, a possibilidade de fazer uma vasectomia (descartada, então, porque ele *acha que é muito jovem para isso*).

---

<sup>53</sup> Somos advertidos de que Milena e sua família são personagens fictícios.

<sup>54</sup> Embora a discussão sobre planejamento familiar da Campanha Organon (parte do material publicitário do Implanon<sup>®</sup>) também contemple a possibilidade de mulheres com filhos adotarem o implante, a presença da família (marido, filhos) nos folhetos do Mirena<sup>®</sup> é bem mais enfática.



O ENDOinformativo da mulher moderna

## Meu nome é Milena...

**"Tenho medo de fazer laqueadura e me arrepende. Gosto tanto dos meus filhos que posso querer repetir a dose."**

"Tenho 34 anos e um casal de filhos maravilhosos. Mariana, de três anos de idade e Fernando, de um ano e meio.

Estava conversando com meu marido sobre eu fazer laqueadura... Afinal, queria usar um método contraceptivo eficaz, mas não queria me preocupar com tomadas diárias de comprimidos. Você sabe que eu tomei pílula por quase 10 anos?! Foi ótimo para aquele período, pois parei apenas duas vezes para engravidar. Com dois filhos pequenos, não queria mais ter que me preocupar com nada além deles. São apenas duas crianças, mas acredite: dão muito trabalho! Tentei convencer o Carlos a fazer vasectomia, mas ele - que está com 35 anos - acha que é muito jovem para isso. Por outro lado, eu tinha medo de fazer a laqueadura

e depois me arrepender. É uma decisão definitiva! Gosto tanto dos meus filhos que posso querer repetir a dose. Minha amiga Mila fez laqueadura há 5 anos e agora está arrependida, pois gostaria de tentar uma nova gravidez.

Minhas dúvidas acabaram em uma consulta com meu ginecologista. Falei que eu queria um método eficaz, com o qual eu não precisasse mais me preocupar, mas tinha medo de me arrepender ao tomar uma decisão definitiva. Ele me falou de um novo método, de eficácia similar à da laqueadura, porém totalmente reversível: a **ENDOCEPÇÃO®**. Trata-se de um novo e revolucionário método que já é utilizado na Europa por mais de um milhão de mulheres.

Um aparelho é inserido dentro do útero, pelo ginecologista, e libera uma baixa dose de um hormônio similar ao hormônio feminino; a progesterona. Este hormônio age apenas localmente, dentro do útero, e por isso quase não apresenta efeitos colaterais.

Este método impede que os espermatozoides penetrem no útero e diminui a motilidade deles. Tudo isso por um período de 5 anos!

Além disso, minhas menstruações ficarão menos intensas, mais curtas e menos dolorosas.

Meu ginecologista afirmou que uma em cada cinco mulheres fica com tão pouca menstruação que ela nem chega a aparecer. Não me incomodaria em parar de menstruar, pois ficaria livre daquele incômodo mensal. O Dr. Mauro garantiu que isso não traria nenhum problema para minha saúde.

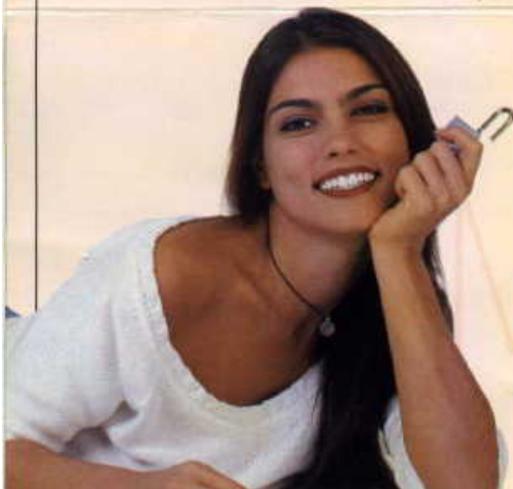
Conversei com meu marido e decidimos pelo método. Voltei menstruada para que o Dr. Mauro pudesse fazer a inserção do **endoceptivo®**.

Na aplicação, senti apenas uma cólica parecida com a da menstruação.

Hoje faz uma semana que coloquei o **endoceptivo®**. Estou me sentindo muito bem e aliviada em saber que não precisarei mais me preocupar com isso. Sinto-me segura.

Espero que você, assim como eu, converse com seu ginecologista sobre esse novo método. Afinal ele é a pessoa mais indicada para discutir com você sobre o assunto. Quem sabe eu e você não acabaremos tendo mais uma coisa em comum."

**OBSERVAÇÃO:** Milena e as pessoas citadas nos depoimentos dela são personagens fictícios.



Nesta re-apresentação, a questão da contracepção deixa de ser um problema que diz respeito quase que exclusivamente à mulher e passa a ser contemplado em discussões familiares. No entanto, a mulher continua sendo central na discussão e na tomada de decisão. A carta, da maneira que é formulada, procura simular uma conversa entre a usuária em potencial e uma outra mulher (Milena), que compartilha com a primeira o problema da contracepção e suas possíveis soluções.<sup>55</sup>

A solução para a questão da contracepção volta, então, para as mãos da mulher, como nos sugere a imagem de Milena, segurando, com um sorriso, um cadeado aberto, pronta para acionar um *fechamento* seguro e duradouro das suas funções reprodutivas, que pode em contrapartida ser revertido, se necessário.

A reversibilidade do contraceptivo e a garantia de posterior restauração da fertilidade (presente também nos folhetos do Implanon<sup>®</sup>) são preocupações bastante comuns para os contraceptivos atualmente. Se, por um lado, a esterilização é, como aponta Scavone (1998), o método mais usado no Brasil pelas mulheres que já constituíram uma família, por outro podemos perceber nesses folhetos que a irreversibilidade do método passa a ser enfatizada como algo questionável ou indesejável.

Além do fato de que as cirurgias esterilizadoras são métodos mais drásticos, pode também ser considerada a possibilidade de arranjos familiares mais flexíveis e menos duradouros que o *tipo ideal* de família nuclear, e contemplada a constituição de novos relacionamentos, com outros companheiros, que poderiam trazer o desejo de ter outros filhos, mesmo muitos anos depois do último filho.<sup>56</sup> Embora Milena não considere explicitamente a possibilidade de um novo casamento, a preocupação com filhos futuros está, também, expressa na sua carta: *Gosto tanto dos meus filhos que posso querer repetir a dose. Minha amiga Mila fez laqueadura há 5 anos e agora está arrependida, pois gostaria de tentar uma nova gravidez.* O caráter radical das esterilizações cirúrgicas contrasta, portanto, com a reversibilidade desses contraceptivos de longa duração (Mirena<sup>®</sup>, implantes ou injetáveis) que são, por sua vez, apresentados como uma excelente solução para mulheres com filhos.

---

<sup>55</sup> Da mesma forma, nos outros folhetos de perguntas e respostas, as primeiras são sempre elaboradas por uma suposta usuária.

Vemos nesse material concepções em comum com os demais folhetos que foram, aqui, analisados. Embora haja essa distinção no perfil das pacientes-alvo - que coloca em cena outras relações - circula por todos esses folhetos a imagem de uma mulher *ativa, moderna, contemporânea*, indicando uma *mudança* com relação a uma, também idealizada, mulher do passado, que tinha vários filhos (e, portanto, menstruava menos), que não trabalhava ou investia tanto numa vida profissional.

Assim como essas questões, a discussão sobre a alteração dos sangramentos menstruais é, outra vez, acionada nos folhetos do Mirena<sup>®</sup>. Na carta, Milena explica à leitora / potencial usuária como funciona o método e comenta brevemente a supressão da menstruação:

*(...) minhas menstruações ficarão menos intensas, mais curtas, e menos dolorosas. Meu ginecologista afirmou que uma em cada cinco mulheres fica com tão pouca menstruação, que ela nem chega a aparecer. Não me incomodaria em parar de menstruar, pois ficaria livre daquele incômodo mensal. O Dr. Mauro me garantiu que isso não traria nenhum problema para a minha saúde (folheto 8).*<sup>57</sup>

A questão da supressão da menstruação é sutilmente apresentada: *a menstruação nem chega a aparecer*, não tem o mesmo peso e a conotação negativa que poderia ser atribuída se ela mencionasse imediatamente o *não menstruar*. Para falar sobre isso, Milena argumenta que *não [se] incomodaria em parar de menstruar*, qualificando logo em seguida essa possibilidade como algo positivo, ao dizer que a menstruação é um *incômodo mensal*. E, fechando o argumento, Milena remete à segurança e legitimidade do método, dizendo que seu médico garantiu que *isso não traria nenhum problema à saúde*.

---

<sup>56</sup> Considerando-se, claro, que para as mulheres há (ao menos por enquanto) a limitação da idade reprodutiva.

<sup>57</sup> Ênfase minha.

## DE EFEITOS COLATERAIS A VANTAGENS: DESLOCAMENTOS CONTEXTUAIS DA SUPRESSÃO DA MENSTRUACÃO

As re-apresentações da menstruação no material de Gestinol<sup>®</sup> 28 e Implanon<sup>®</sup>, apontadas anteriormente, demonstram que, juntamente com o lançamento desses contraceptivos no mercado, há um forte investimento dos laboratórios e de alguns ginecologistas em valorizar a supressão da menstruação e em ressaltar, na menstruação, características de doenças ou disfunções. Com o material do Mirena<sup>®</sup> a questão não é diferente.

No folheto 9, *Informações sobre Mirena<sup>®</sup> (para usuárias)*, elaborado - como muitos outros - em forma de perguntas e respostas, percebe-se claramente a intenção de dizer que os *efeitos colaterais* são *menores* por conta da ação local de Mirena:

*Mirena<sup>®</sup> age diretamente dentro do útero. Por isso, a quantidade de hormônios na corrente sanguínea das usuárias do endoceptivo<sup>®</sup> é muito pequena e os efeitos colaterais são poucos e raros. Dentre os efeitos diversos já relatados, os mais freqüentes são: sangramentos irregulares, dor de cabeça, dor abdominal e aumento da sensibilidade dos seios.*

Na bula do Mirena<sup>®</sup>, o item *Reações adversas* refere-se, principalmente, aos *distúrbios menstruais*:

*As alterações do padrão de sangramento menstrual, mais freqüentemente observadas durante o uso de Mirena<sup>®</sup> (levonorgestrel), podem incluir spotting, períodos menstruais mais longos ou curtos, sangramentos irregulares, oligomenorréia, amenorréia, aumento do fluxo menstrual, dores nas costas e dismenorréia.*

Embora os distúrbios e alterações menstruais sejam alocados entre as *reações adversas*, a sua valorização, ao mesmo tempo, como *benefício* é conseguida através de um enfoque maior na discussão sobre essas alterações ou, de acordo com os termos em que é colocado no material, no *aconselhamento* das pacientes. Para tanto, enfatiza-se a ação inibidora de Mirena<sup>®</sup> sobre o endométrio. Há, como no material dos outros contraceptivos, a preocupação em não chamar esses sangramentos de *menstruação* e em desassociar a

ocorrência do sangramento com o final do ciclo fértil (quando não ocorreu fecundação), o que implica deixar de considerar a sua ausência um efeito indesejável, sinal de gravidez ou menopausa e passar a pensá-la como uma *vantagem*.

No folheto informativo das pacientes, uma das questões colocadas pela usuária fictícia é se ela deve se preocupar caso não ocorra a menstruação. A resposta dada é: *Não. Se você não menstruar enquanto estiver usando Mirena<sup>®</sup>, saiba que isso é resultado do efeito do hormônio sobre o revestimento do útero (endométrio). Isso quer dizer que o espessamento mensal do endométrio com sangue é inibido, e a menstruação não ocorre. Portanto, não há um sangramento considerado menstruação ou período menstrual. Porém isso não quer dizer que você está na menopausa ou que o sangramento menstrual está sendo desviado para outra parte do seu corpo ou que você está grávida. Lembre-se, Mirena<sup>®</sup> age apenas onde é necessário. Na verdade, o sangramento menor ou sua ausência pode ser considerado vantajoso para a saúde da mulher* (folheto 9).<sup>58</sup>

No prefácio à monografia do Mirena<sup>®</sup>, escrito pelo Dr. John Guillebaud (Professor de Planejamento Familiar e Saúde Reprodutiva do Centro Margaret Pyke, em Londres) a intenção em re-classificar os sangramentos fica, também, evidente:

*O "spotting" nas primeiras semanas após sua inserção é um problema muito comum sobre o qual todas as futuras usuárias deverão ser avisadas. Em geral, os efeitos adversos deste método podem ser considerados muito mais como "desconforto" do que uma ameaça à saúde.*

Como os sangramentos irregulares não são uma *ameaça à saúde*, não se trata de ressaltar sua ocorrência como um *efeito colateral*, termo carregado da idéia de nocivo, perigoso, indesejável. É preferível, como vimos, atribuir aos *sangramentos irregulares* o caráter de *desconforto* e, aos *ausentes*, o de *vantagem*, desejada e aproveitada pela mulher que usa esses contraceptivos.

Se, por um lado, os sangramentos que ocorrem com Mirena<sup>®</sup> não devem ser chamados de menstruação, por outro, não se pode afirmar que Mirena<sup>®</sup> provoca a supressão da menstruação. Pode-se perceber, na fala acima citada, uma intenção em re-classificar a menstruação informando, ao mesmo tempo, as pacientes de que as alterações nos

---

<sup>58</sup> Ênfase minha.

sangramentos são, na verdade, apenas um desconforto e, portanto, não configuram nenhum risco à saúde. Essa questão foi, também, sublinhada pelo Dr. Carlos Alberto Petta (professor da Unicamp), durante o simpósio patrocinado pela *Schering* sobre o DIU *Mirena* no 49º CBGO.

Ele cita um estudo europeu, em que entre o primeiro e quinto ano de uso do Mirena® 25,9% das pacientes *entrou em amenorréia* – ou seja, suprimiu efetivamente os sangramentos menstruais. Esse número aumenta para 70% numa segunda fase (do sexto ao décimo ano de uso). No Brasil, com 254 casos de pacientes usando o Mirena® para contracepção, houve 50% de amenorréia aos seis meses de uso, e 60% aos dezoito meses.<sup>59</sup> Dr. Petta ressalta a importância de perceber que, antes dessas 50% chegarem à amenorréia, acontecem freqüentemente *sangramentos irregulares (spotting)*. Nos primeiros seis meses, segundo ele, são muito comuns as queixas de pacientes sobre esses sangramentos irregulares, fundamentadas em uma preocupação com a sua *normalidade*. É necessário, então, orientá-la de que esse novo *padrão de sangramento* é normal nos primeiros meses de uso. Segundo ele, *essas mulheres não terão mais menstruação, e sim um padrão de sangramentos e é necessário deixar isso claro para a paciente*, indicando e orientando como pode ser esse *padrão*.

O que ele diz aos outros ginecologistas durante o simpósio, transcrito a seguir, contribui muito para percebermos que a re-apresentação da menstruação e dos contraceptivos em questão envolve diversos embates sobre o entendimento e a vivência desses *sangramentos*:

*O que está acontecendo nos dias de hoje é que a mídia está defendendo que quem não quer menstruar pode usar um método com progestagênio e nunca mais vai menstruar, não vai ter problema (...) ninguém precisa mais comprar Modess (...). A mídia vende essa idéia, e a gente que está na outra linha, que está no consultório ou (...) no serviço de saúde, [está] começando a ter muita gente exatamente nessa fase, com sangramento irregular, com spotting, e elas falam “você me falaram que eu não ia mais sangrar, e o que está acontecendo? (...) está tudo errado. Ou esse método tem algum problema ou eu estou com câncer!” Então, é muito importante (...) ter em mente como é o padrão de sangramento de todos esses métodos.*

Dr. Carlos Alberto Petta apontou ainda que, para o *acetato de medroxiprogesterona* (dos injetáveis trimestrais como a *Depo-Provera*), *quanto maior o tempo de uso, maior a chance de amenorréia*. Com o implante (*Implanon*), depois de 2 anos de uso, 20 a 25% de mulheres apresentam amenorréia, enquanto 35 a 40% apresentam ciclos normais. Com o anticoncepcional oral só com progestagênio (*Cerazette*), a amenorréia acontece em torno de 20% dos casos, e em 45 a 50% dos casos acontecem ciclos irregulares ou sangramentos em 3 a 5 dias por mês.

Como as taxas de amenorréia variam de 20 a 50%, Dr. Petta afirma que não se pode *angustiar as outras 50% que terão sangramentos irregulares* e por isso a orientação é *imprescindível*. Na pesquisa realizada com o Mirena<sup>®</sup>, 5% das pacientes interromperam o uso em função desses sangramentos irregulares. Ou seja, isso pode *incomodar* as mulheres e fazer com que elas desistam do método. *Mas aquela que sabe que pode entrar em amenorréia ou ter sangramentos irregulares nos primeiros três a seis meses* provavelmente responderá ao contraceptivo com mais *paciência e tranqüilidade*, defende Dr. Petta.

No texto da monografia de Mirena<sup>®</sup>, destaca-se a importância desse aconselhamento, bem como a concepção de que as alterações são um benefício para a saúde da mulher. No item *alterações no padrão de sangramento*, defende-se que o *aconselhamento adequado ajuda as mulheres a entender e aceitar qualquer alteração em seu padrão de sangramento menstrual como um benefício para a saúde: as vantagens de um sangramento menstrual menos intenso, mais curto e menos doloroso (dismenorréia), são também sustentadas objetivamente pelos benefícios do aumento dos níveis séricos de hemoglobina e ferritina* (p.21). Além da redução das cólicas menstruais, outro argumento médico para justificar o caráter benéfico da supressão da menstruação está relacionado, como pudemos ver, à redução da anemia – doença da qual uma das causas está sendo atribuída à perda excessiva de sangue durante a menstruação.

Essa re-apresentação da menstruação não pode ser feita, portanto, sem um investimento pedagógico dos laboratórios e ginecologistas na atribuição do caráter benéfico e de normalidade da alteração dos sangramentos menstruais provocada pelos contraceptivos em questão. Nesse processo estão implicadas tanto as relações sociais que conectam

---

<sup>59</sup> Esse estudo foi realizado no Cemicamp, em Campinas, do qual Dr. Petta faz parte.

laboratórios, contraceptivos, ginecologistas e pacientes quanto as concepções através das quais a menstruação, contracepção e gênero são entendidas.

Opondo-se *benefícios a riscos, menstruação natural a sangramento proveniente do uso de contraceptivos hormonais, mecanismos/padrões de sangramento a ciclos férteis/ regulares/normais, modernidade a antigamente, vantagens a efeitos colaterais ou reações adversas, maternidade a contracepção*, constituem-se princípios classificatórios através dos quais são estabelecidas hierarquias de valor distintas. Acionados pelos sujeitos envolvidos nesses debates, estes princípios funcionam como argumentos que ocultam e revelam - de acordo com o contexto (envolvendo os sujeitos e relações implicados na sua enunciação) - algumas das tensões que a introdução da intervenção contraceptiva hormonal provoca tanto materialmente (no corpo feminino), como na forma de entender contraceptivos, menstruação, fertilidade feminina e outras construções simbólicas, como a da mulher moderna.

Como em vários outros momentos, na passagem a seguir (extraída de um texto distribuído aos ginecologistas durante o simpósio patrocinado pela Libbs para divulgar o Gestinol<sup>®</sup> 28),<sup>60</sup> é possível perceber a atenção conferida aos *benefícios e riscos* envolvendo o uso de hormônios, na discussão sobre contraceptivos hormonais e alterações menstruais:

*(...) ao se indicar a utilização da contracepção combinada contínua deve-se recorrer à individualização terapêutica, associada à orientação precisa e consciente àquelas pacientes que optem pelo método, enfocando os mecanismos de sangramento durante o uso de COCs, bem como os riscos e benefícios dessa modalidade contraceptiva.*<sup>61</sup>

Essa passagem também mostra que, quando se trata de analisar oposições como *benefícios versus riscos*, alguns ginecologistas recorrem ao argumento de que a paciente deve ser individualizada – isto é, de que é preciso considerar como ela responderá individualmente ao contraceptivo e o que mais lhe favorecerá ou desfavorecerá, de acordo com seu histórico. No processo de desenvolvimento, produção e divulgação desses

---

<sup>60</sup> Realizado durante o 49º CBGO.

<sup>61</sup> A autoria desse texto do simpósio é do Dr. Rogério Bonassi Machado.

contraceptivos os laboratórios estiveram, entretanto, o tempo todo operando com generalizações, como pudemos ver através das concepções idealizadas de gênero veiculadas nos folhetos.

A discussão sai do plano da generalização apenas quando se considera o uso individualizado do contraceptivo. A referência ao ginecologista nos folhetos indicados às pacientes, e às pacientes nos destinados aos ginecologistas, indica que essa individualização deve ocorrer em um outro momento, que não aquele da divulgação do contraceptivo pelo laboratório. Aponta para a importância da consulta médica no estabelecimento do encontro entre a *indicação* do produto e o *diagnóstico* da paciente e, portanto, da autoridade médica sobre a questão da saúde da mulher; evidencia que a relação entre o contraceptivo e a paciente não é uma simples relação entre produto e consumidor, pois deve ser mediada pelo(a) ginecologista.

Ao referir-se à relação entre médicos e laboratórios farmacêuticos para entender essa mediação, Pignarre defende que se trata de um mundo no qual *se trocam indicações, de um lado, e diagnósticos, do outro. O que melhor resume essa troca é o material de apoio que o representante utiliza em seu encontro com o médico* [os folhetos que analisei] (...) *O material de apoio faz com que se relacionem as indicações (modo de usar) do medicamento e os diagnósticos que o médico pode vir a fazer. É em torno desse desafio que a negociação se desenrola e que o quase-vendedor conseguirá ou não convencer o quase-comprador* (Pignarre 1999:95).<sup>62</sup>

Os folhetos que procurei analisar configuram, assim, uma re-apresentação das questões da menstruação e da contracepção, através da qual algumas concepções são negociadas entre laboratórios e mulheres/pacientes e entre laboratórios e ginecologistas. Mas, apesar dos folhetos destinados às pacientes serem uma forma de negociar concepções, a indicação *legítima e individualizada* do medicamento está, a princípio, circunscrita à relação médico-paciente, durante a consulta. As trocas que se estabelecem entre laboratórios e médicos podem, por sua vez, ser observadas privilegiadamente em duas situações: a visita de um representante do laboratório ao médico em seu consultório ou nos congressos médicos.

---

<sup>62</sup> Ênfase do autor.

Procurando, então, entender melhor as relações entre ginecologistas, contraceptivos e laboratórios (e mantendo como foco os contraceptivos que provocam a supressão dos sangramentos menstruais) passo agora a uma descrição etnográfica da minha experiência de campo no espaço de onde pude observar intensamente estas relações: os congressos de ginecologia e obstetrícia.

## CAPÍTULO 2

# GINECOLOGISTAS, CONTRACEPTIVOS E LABORATÓRIOS NOS CONGRESSOS MÉDICOS

*Não seria justo empregar a palavra laboratório para caracterizar os meios nos quais se desdobra doravante o medicamento. Os cientistas, no sentido forte do termo, desapareceram: não há mais biólogos, muito menos químicos. Somente os médicos estão presentes ao mesmo tempo no laboratório do estudo contra-placebo e nessas novas fases da vida do medicamento; os farmacêuticos aguardam. Os médicos já desempenham aí um papel fundamental: o de passador.*  
(Pignarre 1999:90)

Ao fazer uma *arqueologia dos hormônios sexuais*, Nelly Oudshoorn procura ilustrar, de acordo com suas palavras,

*(...) how scientific body concepts such as the hormonal body assume the appearance of natural phenomena by virtue of the activities of scientists. In this archeology of the hormonal body I tried to unravel both the construction and the impact of this new understanding of the body* (Oudshoorn 1990:138).

Segundo a leitura de Maria Teresa Citeli, *para analisar as condições materiais que estruturaram a sintetização, produção, comercialização e circulação de idéias sobre os hormônios*, [Oudshoorn] *enfoca as relações entre os três principais atores (médicos ginecologistas, cientistas que trabalhavam em laboratórios - geralmente de universidades - e empresários da indústria farmacêutica) e examina inicialmente a importância do material de pesquisa na qualidade das relações e na posição de poder de cada um dos três grupos.*

*O foco no acesso dos cientistas ao material de pesquisa desloca a atenção da bancada do laboratório para outras atividades. Tal acesso só se tornou possível mediante alianças que afetaram tanto o caráter das relações entre os três grupos envolvidos e a posição estratégica de cada um, como a própria agenda de pesquisa. Dessa maneira, os*

*materiais não são vistos apenas como um recurso, mas funcionam como portadores de afirmações do conhecimento científico que ao mesmo tempo ajudam a manter os elos entre os diversos atores participantes da rede de produção do conhecimento (Citeli 2001:15).*

Um conceito essencial usado por Oudshoorn para entender a relação entre esses atores é o de *redes*. Segundo ela, no começo do século XX, o acesso desses três atores aos materiais de pesquisa não interferia no relacionamento entre eles: os três grupos tinham materiais de pesquisa e glândulas sexuais à sua disposição. Os ginecologistas conseguiam material através da prática clínica – os cientistas com animais de laboratório e a indústria farmacêutica, inicialmente, negociava com matadouros a compra das glândulas dos animais, que não eram usadas para alimentação.

A partir da década de 1910, um momento que ela chama de *captura dos interesses recíprocos*,<sup>63</sup> os atores passam a interagir principalmente em função da disputa sobre a legitimidade do conhecimento e dos produtos que estavam sendo construídos. Ao mesmo tempo, alianças entre eles começam a emergir neste contexto. Na década de 20, as pesquisas começam a ser constrangidas pela falta de acesso a material de pesquisa e a indústria farmacêutica, que mantinha contato com os abatedouros, passa a garantir a ginecologistas e cientistas o suprimento de material para pesquisa. Nessa época é fundado, na Holanda, o laboratório Organon, por fisiologistas, clínicos e químicos. Já na década de 30, a Organon liderava a produção mundial de hormônios femininos. Para a autora, as redes entre cientistas e laboratórios farmacêuticos foram fundamentais nas pesquisas sobre hormônios. Os cientistas que, na época, conseguiram fazer acordos com os laboratórios tornaram-se os líderes na produção de estudos e pesquisas sobre os hormônios (Oudshoorn 1990).

Como enfatiza Teresa Citeli, *se as companhias farmacêuticas ganharam uma posição estratégica, em grande parte devido ao acesso ao material, os cientistas de laboratório detinham outra posição estratégica, derivada de seu controle dos ensaios técnicos que garantiam a atribuição do adjetivo científico aos produtos comercializados, o que, para a autora, fez com que suas relações evoluíssem de parceiros em disputa por material para uma posição de dependência mútua (Citeli 2001:17).*

---

<sup>63</sup> *Capturing each others' interests* (Oudshoorn 1990:10).

Oudshoorn demonstra como a mudança em busca de materiais de pesquisa colocou, em alguns momentos, os ginecologistas na estratégica posição de fornecedores de matéria-prima para os laboratórios. Independente da posterior perda dessa posição, como aponta Citeli, o sucesso da participação dos ginecologistas nessa rede *já estava garantido desde 1926 nas redes sociais necessárias para a comercialização de preparados à base de hormônios femininos e, por um significativo período, nos testes clínicos que foram progressivamente construindo as inúmeras prescrições de uso de hormônios por mulheres em todo o mundo* (Citeli 2001:19).

A cooperação com a indústria farmacêutica ainda assegurou aos ginecologistas a manutenção do status de uma *medicina científica*, afastando-a da prática médica anterior, que estaria fundada em *medicamentos populares e charlatanismo*. Dessa forma, os estudos dos hormônios sexuais femininos acabaram desenvolvendo-se em uma *grande ciência* e um *grande negócio* (Oushoorn 1990:109).

A análise de Oushoorn confirma que o contexto em que surgem os contraceptivos é, em alguns aspectos, muito similar ao que encontramos atualmente.<sup>64</sup> Embora a autora trabalhe com o surgimento do campo da indústria farmacêutica e a consolidação de disciplinas das Ciências Médicas como a Ginecologia e a Endocrinologia no início do século XX, muitas das questões levantadas por ela são bastante adequadas para entender o contexto contemporâneo em que surgem os novos contraceptivos.

A maior contribuição da autora para a discussão que proponho neste capítulo está em demonstrar como se constituiu uma relação de interdependência entre ginecologistas, cientistas e os laboratórios farmacêuticos. A produção de contraceptivos passou a ser, desde o surgimento das indústrias farmacêuticas, resultado da interação entre esses sujeitos. Atualmente, os medicamentos são parte mais que significativa tanto da prática clínica (ou seja, da atuação do médico em consultório ou no atendimento público de saúde) como das pesquisas acadêmicas (muitas delas financiadas pela própria indústria farmacêutica).

A atuação do professor de Farmacologia da Universidade de Amsterdã, Ernest Laqueur, na fundação do laboratório holandês *Organon*, tal como descrita por Oudshoorn,

---

<sup>64</sup> Considerando-se que a autora trata do surgimento dessas indústrias na Europa e Estados Unidos e que, no contexto brasileiro contemporâneo, grande parte do mercado farmacêutico é dominada por essas empresas que, ao longo do século XX foram se tornando multinacionais.

evidencia como, desde o surgimento do campo da indústria farmacêutica, alguns dos sujeitos atuam ao mesmo tempo em diferentes espaços institucionais (Oudshoorn 1990).

Esses espaços, que estavam sendo então construídos, correspondem atualmente, no contexto brasileiro, aos laboratórios e indústrias farmacêuticas, responsáveis pelo desenvolvimento, produção e divulgação dos contraceptivos; às universidades, hospitais-escola e centros de pesquisa, que atuam nas pesquisas e desenvolvimento de novas tecnologias, mas são responsáveis, principalmente, pela experimentação em pacientes voluntárias e pela publicação dos resultados das pesquisas, reconhecidas como cientificamente legítimas, em espaços também legitimados pelo campo (como revistas ou congressos); e, finalmente, aos hospitais, postos de saúde e clínicas médicas, em que pacientes são atendidas e os contraceptivos, prescritos. A distinção efetuada por Oudshoorn entre *cientistas* e *ginecologistas* é válida, portanto, para entender a atuação de médicos em dois desses espaços citados – os primeiros, nas universidades e centros de pesquisa e os segundos, nas clínicas médicas e hospitais.

Ao tratar da relação entre médicos e laboratórios enquanto parte importante da *vida social* dos medicamentos no livro *O que é o medicamento?*, o epistemólogo e sociólogo francês Philippe Pignarre procura efetuar uma "*econômica*" do medicamento, *partindo de suas especificidades enquanto objeto técnico particular* (Pignarre 1999:82).

A economia dos medicamentos, para ele, distingue-se no mercado capitalista em geral. Outros mecanismos de mediação entre o *produto* e o *consumidor* estariam em jogo. Uma característica fundamental dessa economia é o fato de que os laboratórios definem, ao desenvolver o medicamento, *o que é universal e os limites dessa universalidade: quem pode/deve tomar o medicamento*. É preciso, ainda, *que o medicamento encontre concretamente cada um de seus consumidores*. *Para as mercadorias clássicas, o mercado faz essas duas operações simultaneamente* (Pignarre, 1999:90-91).<sup>65</sup> É nesse momento de encontro que a atuação do médico como um *passador* se faz fundamental: é ele quem faz a prescrição do medicamento para a paciente, conferindo sua *legitimidade* e efetuando, portanto, a ligação entre a *indicação* dada pelo laboratório e o *diagnóstico* resultante da avaliação médica.

---

<sup>65</sup> Ênfase do autor.

Entretanto, antes de chegar aos pacientes, a ligação entre os medicamentos e os médicos é feita através de alguns mecanismos específicos. Pignarre descreve a atuação dos representantes farmacêuticos, responsáveis por levar as *indicações* dos medicamentos lançados pelos laboratórios para dentro dos consultórios médicos, com a intenção de despertar a associação entre estas indicações e os *diagnósticos* que o médico em questão costuma fazer de alguns de seus pacientes. Essas visitas, em que estariam envolvidas as tensões entre os caracteres científico e comercial dos medicamentos e as negociações que são estabelecidas através delas, configurariam a relação entre médicos e laboratórios dentro de um contexto de *quase-mercado*.<sup>66</sup> Os congressos médicos seriam partes desse contexto. Segundo Pignarre:

*Não há nenhuma troca de dinheiro entre o representante farmacêutico e o médico. (...) Entre eles circulam apenas elementos incorpóreos. Em compensação, esses elementos necessitam de uma séria mobilização durante as visitas médicas e também em numerosos congressos e revistas médicas. O quase-mercado em que se trocam indicações e diagnósticos obriga o deslocamento de todas as técnicas que o fazem assemelhar-se superficialmente a um verdadeiro mercado. Um recém-chegado ao saguão de exposição de um congresso médico ficará surpreso com a quantidade de estandes em que as empresas farmacêuticas apresentam de maneira espetacular seus produtos aos visitantes. Mas nenhum ato de venda, no sentido próprio do termo, se realiza aí. E é certamente essa ausência de contrato que obriga a fazer cada vez mais: os meios empregados são tanto mais importantes quanto não há verdadeiro mercado com circulação de mercadorias (Pignarre 1999:99 ).<sup>67</sup>*

Procurou, a seguir, com a descrição etnográfica dos congressos 49º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (49º CBGO) e VII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia (VII CPOG) - a partir da minha experiência de *recém-chegada ao saguão de exposição* e aos demais eventos destes congressos - tornar o contexto em questão e os sujeitos que através dele interagem mais visíveis, procurando, assim, re-apresentar

---

<sup>66</sup> Folhetos informativos, como os trabalhados no primeiro capítulos, seriam elaborados para serem - em geral muito rapidamente, segundo Pignarre - apresentados aos médicos nas visitas aos consultórios.

<sup>67</sup> Ênfase do autor.

algumas das concepções sobre os novos contraceptivos em questão.<sup>68</sup>

## PROGRAMAÇÕES E CLASSIFICAÇÕES NO 49<sup>o</sup> CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

O 49<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia / O Universo Feminino na Óptica da Febrasgo, organizado pela Febrasgo (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia), foi realizado em São Paulo (SP), no centro de convenções International Trade Mart – Expo (doravante ITM) entre os dias 20 e 24 de novembro de 2001.

Inscrevi-me para o congresso na categoria *acadêmicos com comprovação*<sup>69</sup> e fiquei, durante os dias do congresso, hospedada em um hotel conveniado com a secretaria executiva responsável pela organização do congresso, juntamente com médicos de outros estados ou cidades. Ônibus e *vans* conduziam os congressistas dos hotéis e de pontos específicos da cidade para o ITM. Em alguns desses ônibus, os encostos de cabeça dos assentos possuíam uma capa, uma proteção de feltro, com o nome *Gestinol*<sup>®</sup> 28.



Na fachada da entrada do centro de convenções ITM havia um enorme outdoor, passível

---

<sup>68</sup> Digo re-apresentar porque considero que essa dissertação é, também, uma re-apresentação das questões da contracepção e da menstruação, construída a partir da minha experiência de campo e das questões teóricas que me instigaram durante a minha formação em Ciências Sociais e no Mestrado em Antropologia Social. As impressões que tive durante o congresso são, portanto, produtos da minha experiência pessoal de estranhamento.

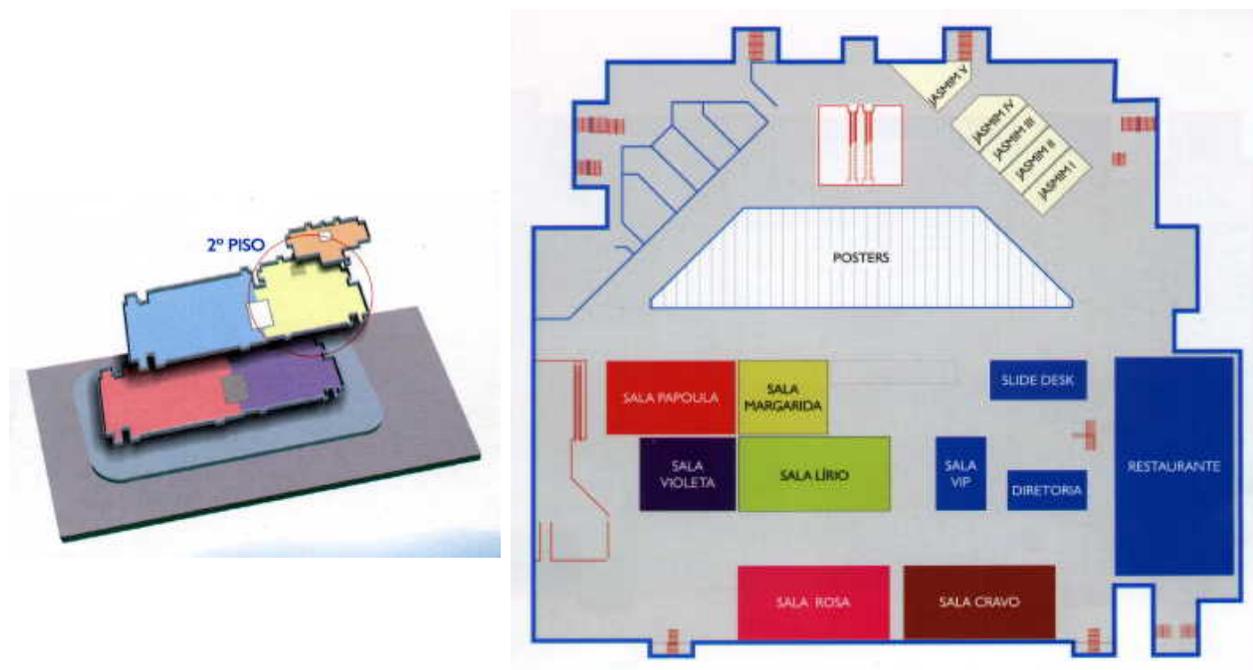
<sup>69</sup> A minha comprovação era um atestado de matrícula da Unicamp. As demais classificações eram: sócios da Febrasgo com *TEGO*, sócios da Febrasgo sem *TEGO*, não-sócios (todos os três médicos), outros profissionais da área de saúde e residentes com comprovação. O termo *TEGO* refere-se ao Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, obtido através de uma prova realizada pela Febrasgo.

de ser visto do outro lado da Marginal do rio Pinheiros, com o desenho-símbolo do congresso: o corpo de uma mulher sem cabelos, seios fartos, que coloca suas mãos sobre o ventre fortemente iluminado. A imagem remete à idéia de uma mulher do futuro, lembrando um ciborgue, cujas características essenciais estão atreladas à sua função reprodutiva, pois os seios e o ventre, do qual ela cuida, são banhados pela *luz* que ela é capaz de gerar. Esta luz também corta toda a figura, desenhando um horizonte ao mesmo tempo em que divide ao meio uma outra esfera azul – um outro universo, seu.



No saguão de entrada havia apenas um elevador e escadas rolantes ao centro, que levavam ao primeiro andar, ocupado por algumas lojas que estavam fechadas. O restante do andar é

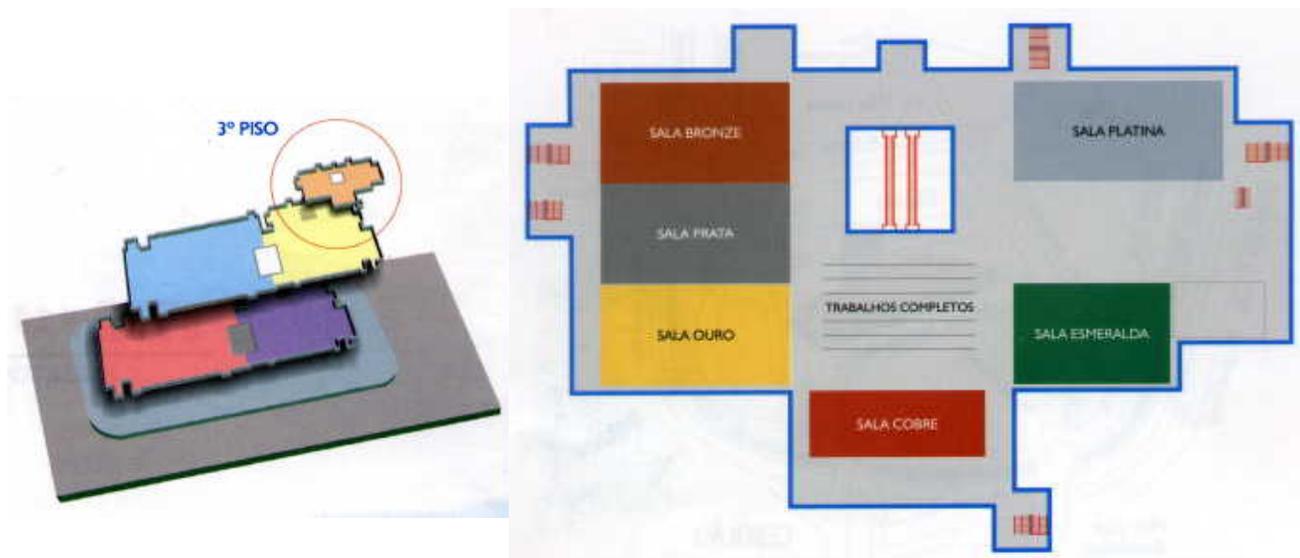
dedicado ao estacionamento de veículos.<sup>70</sup> O evento aconteceu no segundo e terceiro andares do prédio. No segundo andar, em frente à saída das escadas e do elevador (na imagem, abaixo, do lado esquerdo) ficava a secretaria executiva do congresso; de um lado, os estandes dos expositores, e de outro, salas de convenções, diretoria, a exposição de pôsteres (ou painéis) e um restaurante. Neste andar, as onze salas de convenções tinham nomes de flores.



No terceiro andar ficaram expostos os cartazes com *trabalhos completos*, assim como mais seis salas de convenções, com o nome de minerais. Todos os cartazes pregados à porta, indicando o nome da sala continham abaixo, novamente, uma propaganda do *Gestinol*<sup>®</sup> 28.<sup>71</sup>

<sup>70</sup> O valor diário para estacionar um carro era de dez reais, aproximadamente três dólares, se considerarmos o dólar em torno de três reais.

<sup>71</sup> O investimento do laboratório Libbs na divulgação da nova pílula incluiu, portanto, o financiamento de parte do congresso.



As atividades do congresso estavam subdivididas em várias classificações distintas. O *Curso Anual da Febrasgo* foi realizado nos dias 17 e 18 de novembro e os *Cursos Teórico-Práticos*, ministrados nos dias 19 e 20.<sup>72</sup> Ao longo do dia 20, aconteceram os *Cursos Pré-Congresso*, e de 21 a 23, os *Cursos Intra-Congresso* e *Cursos Avançados*. Nos intervalos entre esses cursos, de 20 a 24, aconteciam *conferências*, *mesas redondas*, *mini-conferências*, *debates informais* e os *simpósios patrocinados* pelos laboratórios. Outras atividades do congresso foram as *reuniões*, *assembleias* e *fóruns*. De 20 a 24 ficaram expostos os *painéis*, *trabalhos completos* e os *estandes* dos laboratórios.

Os temas dessas atividades são tão variados que não caberia, aqui, apresentar todos eles. Minha intenção em citar essas classificações (ênicas) é de chamar atenção para as diversas instâncias em que os debates e interações ocorrem dentro dos congressos médicos. Tentarei tornar essas distinções um pouco mais claras ao descrever as diferentes atividades em que foram mencionados os contraceptivos com os quais tenho trabalhado nesta dissertação.

Outras atividades - que, desta vez, fornecem-nos informações a respeito do perfil social dos participantes do congresso, idealizado pelos organizadores<sup>73</sup> - foram divulgadas no livro *Programa Oficial* como *Programação Social*, *Programação de Acompanhantes* e

<sup>72</sup> Os módulos práticos foram realizados em hospitais da cidade de São Paulo.

<sup>73</sup> Falo em perfil idealizado porque não acompanhei nem observei nenhuma dessas atividades, mas considero que a presença delas na programação oficial indica a existência de uma demanda significativa.

*Programação Esportiva*. Quatro programas integravam a primeira: a *abertura solene*, ocorrida na noite de 20 de novembro, na Sala São Paulo da Estação Júlio Prestes, com a apresentação da Orquestra Sinfônica de São Paulo e a presença da prefeita Marta Suplicy, do presidente da Febrasgo Edmund Baracat e outras personalidades das áreas médica e política; o *jantar de confraternização*, realizado na sexta-feira 23 de novembro em um dos *buffets* mais tradicionais de São Paulo; o *churrasco de encerramento*, realizado no próprio ITM, no sábado após o término das atividades; e a ida à peça *Les Misérables*, na noite de quinta-feira. Para a *Programação de Acompanhantes*, foram organizadas excursões denominadas *Tradition & Art*, com visitas ao Mercado Municipal e Pinacoteca do Estado, e direito a um almoço *light* num restaurante *tradicional e elegante*; *Gems & Fashion*, com visitas ao Museu de Gemologia da USP, a um Shopping Center e almoço no *Jockey Clube*; *Cultura & Compras*; *Art & Fashions*; *Flores & Sabores* (workshop com *noções básicas de execução em Arte Floral*).<sup>74</sup> A *Programação Esportiva*, que ficou a cargo de uma empresa especializada, incluía *Atividades Outdoor* (realizadas das 10 às 17 horas no Parque Villa-Lobos, com assistência da equipe contratada) e *Atividades Orientadas* (campeonatos de tênis e futebol e corrida de encerramento).

A seleção dos cursos, conferências e fóruns dos quais participei foi feita principalmente em função da questão da *contracepção*. A primeira questão que notei foi de que não se falava, em nenhum momento, em supressão da menstruação, nesses termos. Essa era uma terminologia que eu estava buscando em função dos debates que eu havia percebido, anteriormente, nos meios de comunicação (principalmente televisão, revistas femininas e livros) e *transformado* em questão empírico/teórica.

Foi necessário, portanto, um exercício de tradução e localização dos temas abordados em cada evento que pudessem trazer respostas para as questões que eu buscava com a pesquisa: Quais medicamentos provocam a supressão da menstruação? O que é dito, entre os ginecologistas, sobre esse efeito supressor e, portanto, sobre menstruação, corpo feminino, feminilidade, contracepção? O que se fala de natureza e cultura quando se discute a supressão da menstruação?

---

<sup>74</sup> Essas atividades, evidentemente, foram programadas para *as* acompanhantes.

Deste modo, buscando discussões relativas ao tema dos contraceptivos em questão, selecionei, inicialmente, as atividades que falassem sobre amenorréia (ausência de menstruação), distúrbios menstruais, anticoncepção hormonal, progestagênios,<sup>75</sup> endometriose, hormônios, reposição hormonal, tensão pré-menstrual, planejamento familiar.

## NOVAS ABORDAGENS E INTERAÇÕES:

### O VII CONGRESSO PAULISTA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

O VII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia foi, também, realizado no International Trade Mart - Expo (ITM), na cidade de São Paulo. O congresso foi organizado pela Sogesp, Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo, e aconteceu entre os dias 15 e 18 de agosto de 2002.<sup>76</sup>



<sup>75</sup> Um dos efeitos dos contraceptivos à base de progestagênios é, como vimos no capítulo anterior, a alteração da menstruação.

<sup>76</sup> Uma relação que se pode notar entre os dois congressos e as duas instituições que os organizaram é da ordem em que são evocadas as duas áreas *complementares*, *Ginecologia* e *Obstetrícia*. Na verdade, essa complementaridade tem sido questionada por alguns médicos. O ginecologista Nelson Soucasaux, por exemplo, tem questionado a manutenção dessa associação na sua página pessoal na Internet e em fóruns de discussão. Pode, de fato, observar durante os congressos, uma certa separação dos sujeitos que atuam nas duas áreas. Pode-se perceber uma certa *divisão do trabalho* entre as áreas – grosso modo a Obstetrícia trataria mais das questões relacionadas ao período gestacional e a Ginecologia, ao período pré ou pós-gestacional.

No evento de abertura, o presidente do congresso procurou enfatizar a importância da realização deste evento em São Paulo, dado que contabilizavam a inscrição de quase três mil pessoas (metade dos mais de seis mil que participaram do congresso brasileiro em novembro). Sua expectativa era de que os congressos organizados pela *Sogesp* no estado de São Paulo superassem, em breve, os congressos nacionais organizados pela *Febrasgo* fora do estado de São Paulo (o de 2001, como vimos, foi realizado neste mesmo local e o de 2003 seria realizado em Recife, Pernambuco). Atualmente, segundo ele, os congressos de Ginecologia somente são superados, em número de participantes, pelos das áreas Cardiologia e Radiologia. Após a abertura do evento, que ocorreu durante o horário de almoço, foi oferecido um coquetel aos congressistas no andar de baixo, próximo de onde estavam os estandes dos laboratórios.<sup>77</sup>

Assim como o congresso brasileiro, o paulista fornecia, no primeiro dia de sua programação, cursos pré-congresso (oito opções de cursos de manhã e oito à tarde). A maioria dos cursos era fundamentada em temas similares aos do congresso anterior. Entretanto, dois cursos me pareceram bastante singulares em relação aos demais: um intitulado *Introdução à Informática Médica* e o outro, *Administração e Marketing em Saúde*.

No primeiro curso, os seguintes temas foram abordados: *História da Internet e a Revolução da Informação*, em que foram apresentadas noções básicas sobre Internet; *A influência da Internet nos cuidados com a saúde: o que seu paciente pensa a respeito?*, em que foi enfatizado o acesso a muitas informações médicas que as pacientes atualmente podem ter através da Internet e o fato da mesma ter se tornado, para algumas, a fonte da freqüentemente procurada *segunda opinião*; e *Mecanismos de busca e pesquisa médica na Internet*, que ensinava como pesquisar com os navegadores existentes e fornecia uma série de referências de endereços de páginas da Internet que divulgam informações médicas, publicam artigos médicos etc. A questão da obtenção de informações médicas através da Internet foi levantada - ainda que sutilmente - no sentido de alertar os médicos sobre a capacidade e possibilidade das pacientes em ter acesso a conhecimentos relativos ao campo da medicina.

---

<sup>77</sup> Ao contrário da abertura oficial do Congresso Brasileiro, realizada na Sala São Paulo da Estação Julio Prestes.

O tema do curso *Administração e Marketing*, por sua vez, pareceu-me interessante principalmente para os ginecologistas que atuam no sistema privado de saúde (ou para os que assumem funções administrativas em instituições públicas). Os organizadores desses dois cursos complementaram a cobertura desses temas, ainda, com cursos para secretárias de ginecologistas e obstetras, intitulados *Ética em Consultório de Ginecologia e Transformando obrigação em satisfação – marketing de consultório*.

A meu ver, a singularidade desses dois temas é relevante porque chamam a atenção para duas questões referentes ao contexto geral em que surgem os novos contraceptivos: em primeiro lugar, para a questão do crescimento do atendimento privado de saúde (clínicas ou consultórios particulares e planos privados de saúde) e da sua necessidade de informatização, tecnologização e normatização; em segundo, para a circulação de informações (médicas, inclusive) através de redes de informação como a Internet, embora quase sempre as informações médicas estejam *protegidas* através da sua linguagem técnica.

Além desses cursos, o congresso esteve organizado em *cursos intra-congresso, mesas redondas, simpósios patrocinados, conferências, lunch meetings, debates, sessões ponto e contraponto e sessões interativas com votação eletrônica*. Estas duas últimas atividades foram divulgadas como inovações da organização do congresso – diferentes das apresentações tradicionalmente feitas em congressos, por apresentarem, no primeiro caso, duas opiniões distintas sobre o mesmo tema e, no segundo, as opiniões dos congressistas da platéia. Em uma das sessões *ponto e contraponto* debateu-se a questão *É necessário menstruar?*

O espaço ocupado pelas salas de atividades foi bem menor, em comparação, ao congresso brasileiro. O segundo andar, que no primeiro congresso havia sido ocupado por doze auditórios, por pôsteres de divulgação de trabalhos e por estandes dos laboratórios, no congresso paulista limitou-se a alguns estandes, aos centros dos quais localizava-se um *Café*, onde todos os participantes poderiam servir-se livremente ao longo do dia. O que me chamou atenção em relação ao *Café* foi o fato de ter sido designado, pelos organizadores do congresso, um espaço *público*, ou independente dos laboratórios. Esse tipo de espaço, bastante utilizado pelos congressistas, não existia no congresso brasileiro.



nos estandes, após os expositores recolherem os dados dos congressistas que passam por ali (nome, endereço completo, telefone, CRM). O sorteio dos brindes pode ser feito também através de jogos como roletas ou painéis iluminados que são, em geral, acionados pelos congressistas.

Além dos brindes, os estandes oferecem bebidas (café, *capuccino*, chocolate, suco de frutas, água) e comidas (de biscoitos salgados e doces, para beliscar com o café, a salgadinhos, pizzas, crepes ou até refeições leves, dependendo do horário) ou, ainda, acesso gratuito à Internet. Alguns estandes exibem atrações inusitadas como apresentações de dança, desfiles, atores representando palhaços, bonecos fantasiados de medicamentos. Em outros, os congressistas são presenteados com massagens ou com um retrato seu, pintado na hora em um papel ou camiseta, por um artista contratado pelo laboratório.

Dentro dos estandes são expostos materiais sobre os medicamentos produzidos pelos laboratórios. Funcionários contratados pelos laboratórios ficam, constantemente, chamando os *doutores* que passam para conhecê-los; apresentam e entregam folhetos e brindes, recolhem os dados dos clientes e respondem as dúvidas, se possível.<sup>78</sup> Os estandes das empresas que fabricam tecnologias de exames obstétricos contratam gestantes para a demonstração do funcionamento de seus equipamentos.<sup>79</sup>

A relação entre os ginecologistas e obstetras que passam pelos estandes e os representantes dos laboratórios é diferente da relação entre vendedores e compradores de um mercado comum: é pautada por outros tipos de trocas e negociações. Folhetos sobre os medicamentos e brindes circulam entre os *sujeitos*, mas não são trocados comercialmente. A negociação que se faz em torno deles têm uma outra natureza.

Procurei, durante a minha passagem pelos estandes, prestar mais atenção àqueles que divulgavam os novos contraceptivos hormonais.<sup>80</sup> Devo dizer que, ao lado desses contraceptivos, os medicamentos de reposição hormonal foram, certamente, a grande

---

<sup>78</sup> Com isso, evidentemente, os laboratórios obtêm informações para posteriormente estabelecer contato com os médicos (por meio de visitas) e/ou enviar materiais de divulgação pelo correio.

<sup>79</sup> Através de alguns aparelhos é possível ver uma imagem tridimensional do bebê – algo que, muito em breve, poderá chegar a ser bastante corriqueiro mas que, em comparação às imagens tradicionais do exame de ultra-sonografia, destaca-se bastante. Assim como alguns contraceptivos, essas novas tecnologias são apresentadas como *revolucionárias*, de *alto nível tecnológico*, *inovadoras* etc.

<sup>80</sup> As descrições que se seguem são baseadas na minha primeira experiência de campo (em que, certamente, o estranhamento foi maior). Referem-se, portanto, ao 49º CBGO.

atração da exposição, confirmando a afirmação de Oudshoorn de que os hormônios transformaram-se em grande ciência e, também, grande negócio (Oudshoorn 1990:109).

O estande do laboratório *Schering*,<sup>81</sup> que comercializa o *Mirena*<sup>®</sup>, ficava bem no centro do saguão. No estande, os expositores forneciam algumas explicações sobre o *Mirena*<sup>®</sup>, após as quais os ginecologistas podiam praticar a colocação do DIU em vários modelos de pelve feminina de borracha, compostos por um simulacro da parte inferior do tronco, que compreendia o ventre, contendo a vagina, o útero, trompas e ovários, coberto por um material transparente através do qual era possível ver a localização exata e correta do DIU dentro do útero. Além do tradicional cafezinho, o estande proporcionava, para aqueles que passassem por ele, massagens tipo *do-in* feitas por massagistas profissionais.

O laboratório *Libbs*,<sup>82</sup> cujo estande ocupava um vasto espaço no canto do saguão, estava divulgando dois novos contraceptivos, o *Gestinol*<sup>®</sup>28 e o contraceptivo de emergência *Pozato*<sup>®</sup>. Entregava, aos seus visitantes, o encarte informativo sobre a pílula, junto com o artigo do Dr. Rogério Machado sobre as concepções de mulheres sobre o sangramento menstrual, folhetos avulsos com gráficos de pesquisas, a monografia do produto<sup>83</sup> e os números da revista *Libbs no 49º CBGO*, com fotos tiradas no dia anterior e algumas matérias sobre atividades que ainda estavam para acontecer.<sup>84</sup> Ademais, canetas, sacolas e folhetos. O laboratório produz, ainda, a coleção de folhetos temáticos *Saber Mulher*, feitos para serem entregues às pacientes (nas salas de espera do consultório, por exemplo), com discussões sobre *Contracepção Contínua*, *Contracepção de Emergência*, *Contracepções*, *Gravidez Precoce*, *Terapia de Reposição Hormonal*, entre vários outros. Nesses folhetos, no entanto, não há referência ao nome comercial de qualquer produto.<sup>85</sup>

---

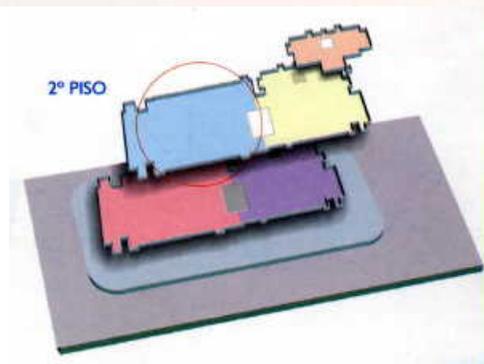
<sup>81</sup> Estandes 41 e 49.

<sup>82</sup> Estandes 78, 79 e 80.

<sup>83</sup> Todo esse material foi tratado no capítulo anterior.

<sup>84</sup> Embora algumas matérias - sobre os simpósios e outras atividades - devam ter sido previamente montadas, foi impressionante a rapidez com que essas revistas, organizadas por jornalistas contratados para fazer a cobertura do evento, foram editadas, impressas e distribuídas.

<sup>85</sup> A *Libbs* patrocina, ainda, o sítio da Internet em que são, também, apresentadas essas informações ([www.sabermulher.com.br](http://www.sabermulher.com.br)). Em alguns folhetos, é fornecido o endereço da empresa ([www.libbs.com.br](http://www.libbs.com.br)).



O estande da *Organon* para a divulgação de *Cerazette*<sup>®</sup> e *Implanon*<sup>®</sup> estava localizado na entrada lateral do centro de exposições e era um dos primeiros a ser visto pelas pessoas que vinham das salas do congresso.<sup>86</sup> Um enorme painel com fotos, imagens e os nomes de ambos os medicamentos cobria toda a parede do estande. Ao lado direito, ficava o balcão com comidas e bebidas, servidos durante todo o dia. Computadores com acesso à Internet podiam ser usados por quem passasse pelo estande. Ao centro, várias

<sup>86</sup> *Cerazette*<sup>®</sup> é a pílula que só contém progesterônio e que deve ser tomada ininterruptamente e o *Implanon*<sup>®</sup>, o implante subcutâneo sobre o qual discutimos no capítulo passado. Esses contraceptivos estavam expostos nos estandes 8, 9 e 10, da *Organon*.

mesinhas e cadeiras configuravam um espaço para encontros, conversas, ou para descansar ou comer alguma coisa. À direita haviam alguns sofás, que eram retirados para apresentações musicais, como pude perceber em um outro dia. Foi nesse espaço que fiz algumas entrevistas e conversei com ginecologistas que trabalham para a *Organon*.

Um folheto entregue aos médicos no caminho que levava às salas de convenção convidava para conhecer *o método revolucionário que vai colocar você à frente*. Chamava, então, o *doutor* para visitar o estande da *Organon* e conhecer *Implanon<sup>®</sup> por meio de um treinamento sobre os procedimentos de inserção e remoção deste revolucionário método contraceptivo*. E anunciava que no final do treinamento eram entregues *o certificado de participação e o CD-Rom com a monografia e as imagens da inserção e remoção*.

Ao fundo do estande, à esquerda, uma jovem lançava num computador o nome e o CRM do(a) médico(a) que quisesse participar do treinamento. Encaminhava-o, então, para um balcão em frente ao qual podia-se ver o *simulacro* de um pedaço de braço (feito de materiais plásticos e espumas e coberto por um tecido cuja textura era parecida com a da pele) e os instrumentos para inserção do *Implanon<sup>®</sup>*. Do outro lado do balcão, um(a) funcionário(a) da *Organon* instruía e acompanhava o/a ginecologista na inserção e remoção do implante no *simulacro* de braço.<sup>87</sup>

Ao sair pelo lado direito do estande, cada médico recebia um certificado de participação com seu nome e CRM impressos e uma mochila azul com o símbolo da *Organon*, que continha material informativo sobre o produto e os resultados da pesquisa encomendada pela empresa ao Ibope, investigando concepções sobre menstruação e métodos anticoncepcionais entre mulheres brasileiras.<sup>88</sup>

Através do Dr. Milton Ribeiro, que conheci durante o curso pré-congresso, fui apresentada a alguns ginecologistas que trabalham para a *Organon*. Perguntei, para um deles (diretor médico da *Organon*), o que achava da alteração na menstruação provocada por *Cerazette<sup>®</sup>* e *Implanon<sup>®</sup>*. Para defender o seu caráter positivo, ele utilizou como exemplo sua esposa, que estava utilizando o *Implanon<sup>®</sup>* e sentia-se muito bem. Segundo

---

<sup>87</sup> O implante usado obviamente também era um simulacro.

<sup>88</sup> Com a qual, também, trabalhei no primeiro capítulo.

ele, a ausência da menstruação não seria maléfica porque, pela lógica, menstruar demais é que faria mal. Ele informou-me, ainda, que no primeiro mês tinham sido distribuídas no mercado 800 unidades do *Implanon*<sup>®</sup>, mas que somente seria possível conhecer melhor sua aceitação no mês seguinte, com os pedidos de reposição. A *Cerazette*<sup>®</sup>, por exemplo, teria vendido 3.000 unidades já no seu segundo mês, e naquele mês (seu sexto mês no mercado brasileiro), teriam sido vendidas 60.000 unidades no Brasil inteiro.<sup>89</sup>

Um outro ginecologista, bastante conhecido em São Paulo, relatou ter indicado e aplicado mais de 30 implantes só naquele mês. Sua presença no estande atendia bem o interesse do laboratório por fazê-lo compartilhar esse sucesso na recomendação e implantação do contraceptivo (e, principalmente, os mecanismos utilizados por ele para conseguir isso) com outros colegas que ainda não o conhecessem ou adotassem.<sup>90</sup> Esse seu discurso pedagógico estava tão afinado que, ao conversar comigo, mesmo sabendo que eu era uma estudante de Antropologia e estava pesquisando *a supressão da menstruação*, ele relatou prontamente os argumentos que utilizava para divulgar o implante para as suas pacientes: dizia a elas que era a forma mais tranqüila de fazer a contracepção, que a paciente não precisava ficar se lembrando de tomar pílulas todos os dias e isso era suficiente para convencê-las. Algumas delas nem tinham saído do hospital após um parto e já colocavam, ali mesmo, o implante.

Outros dois ginecologistas foram a mim apresentados no estande da Organon, Dr. Malcolm Montgomery e Dr. Eliezer Berenstein. Como esses dois médicos estão constantemente presentes na mídia para falar sobre a supressão da menstruação e suas entrevistas não faziam parte da programação oficial do congresso, deixarei para falar delas no próximo capítulo.

Conforme enfatizei anteriormente, pode-se perceber uma re-apresentação dos injetáveis trimestrais. Nesse novo contexto, eles surgem ao mesmo tempo como *novidade* e como contracepção segura e duradoura. Pude observar, no congresso, um grande investimento nessa *nova* imagem dos contraceptivos injetáveis. No estande da *Pharmacia*

---

<sup>89</sup> Números estimados pelo diretor médico da Organon.

<sup>90</sup> É importante lembrar que, em muitos casos, a inscrição de médicos no congresso é financiada por um ou outro laboratório farmacêutico. Em troca, eles circulam pelos estandes e até apresentam palestras sobre alguns medicamentos.

do Brasil<sup>91</sup>, divulgava-se a marca mais conhecida desses injetáveis, a *Depo-Provera*<sup>®</sup>. Além disso, folhetos distribuídos pelos corredores do congresso convidavam para o *Simpósio Patrocinado da Pharmacia*, intitulado *Riscos e Benefícios dos Anticoncepcionais Trimestrais*. Este simpósio foi bastante procurado pelos ginecologistas. Alguns não conseguiram entrar para assisti-lo, pois o auditório estava lotado.

O laboratório *Sigma Pharma*<sup>92</sup> estava divulgando o mesmo injetável trimestral, que leva o nome comercial de *Contracep*<sup>®</sup> (cujo folheto foi analisado anteriormente), e sua variante mensal, o *Procept*<sup>®</sup>. Este último, embora possa funcionar da mesma forma que o *Contracep*<sup>®</sup>, devendo para isso ser tomado mensalmente, não é divulgado como contraceptivo e sim indicado para o tratamento de endometriose, amenorréia ou hemorragia uterina disfuncional (sendo, então, indicado em intervalos menores que uma vez ao mês, como seria se fosse destinado apenas à contracepção).

Embora os estandes pareçam, a princípio, uma feira comum de exposições (como aquelas em que se vendem móveis, itens de utilidades domésticas, livros ou roupas) não há, como apontou mesmo Pignarre (1999), *troca de dinheiro* ou *compra e venda*.<sup>93</sup> Segundo o autor, circulam entre os sujeitos *elementos incorpóreos* que necessitam ser *seriamente mobilizados* durante as visitas médicas e congressos. Os folhetos, encartes, vídeos ou CDs entregues aos médicos, apesar de estarem sendo aqui tratados como *materiais* (informativos), não contradizem esse argumento do autor, pois não são mais que *veículos* usados para a mobilização daqueles *elementos incorpóreos* que são, de fato, negociados nos estandes: a saber, concepções sobre os medicamentos e a convicção de que são adequados para as pacientes desses médicos. O objetivo da negociação, por parte dos laboratórios, é obter a aprovação do médico para seus medicamentos (culminando na sua indicação posterior para as pacientes); e, por parte dos médicos, encontrar nesses medicamentos soluções para tratar as suas pacientes.

O *nome comercial* do medicamento concentra as suas qualidades, mecanismos de

---

<sup>91</sup> Estandes 23 e 24.

<sup>92</sup> Estande 15

<sup>93</sup> Exceto, talvez, alguns livros de medicina ou materiais para o consultório ou clínica. Mas nesse caso, os estandes não pertencem a laboratórios farmacêuticos, mas a empresas especializadas no fornecimento desses produtos aos médicos – portanto, não pertencentes ao grupo de relações que procuro explicitar.

ação e a sua procedência (que laboratório o produz), enfim, é uma forma de identificar o *produto* que, após a indicação pelos médicos, poderá ser, então, vendido pelas farmácias às pacientes. Os laboratórios investem na divulgação desses nomes, através dos materiais trocados (folhetos, etc) e da configuração estética dos estantes e do próprio congresso (lembrando do nome da pílula que podia ser encontrado até nos assentos dos ônibus). Os brindes, que geralmente carregam esses nomes, são uma forma de fazer com que eles circulem entre os médicos, e que estes se lembrem posteriormente, ao voltar ao consultório, *daquele* medicamento que conheceram durante o congresso.

Os laboratórios precisam, para que seus medicamentos sejam vendidos nas farmácias, negociar com os médicos um reconhecimento científico que os legitime como eficazes, adequados, indicáveis enfim. Cada vez que surgem novos medicamentos, recomeçam as negociações. Como pude observar neste congresso, não se negociam somente os novos contraceptivos: todos os seus simétricos são, também, re-apresentados (como foram, por exemplo, os injetáveis trimestrais com o surgimento desses novos contraceptivos).

Em função da necessidade de atribuir uma legitimação *científica* aos medicamentos, as negociações não se resumem ao saguão de exposições, embora este seja uma parte estratégica dos congressos. São necessárias outras táticas de abordagem por parte dos laboratórios para que a legitimidade de novos medicamentos ou tecnologias seja atribuída pela comunidade médica. Uma outra solução nesse sentido são os simpósios patrocinados.

## OS LABORATÓRIOS PELOS GINECOLOGISTAS:

### SIMPÓSIOS PATROCINADOS NOS CONGRESSOS

Enquanto o medicamento não está efetivamente aprovado e seu uso suficientemente legitimado pela comunidade médica, situações de negociação são construídas. Os simpósios patrocinados que acompanhei durante o 49º CBGO - em que alguns dos contraceptivos em questão estavam sendo divulgados - forneceram informações pertinentes para entender a linguagem e os sujeitos envolvidos nessas negociações.

Os simpósios aconteceram no intervalo entre as atividades da manhã e da tarde (das

12h às 13h50). Ao entrar na sala do simpósio, cada congressista recebia um *box lunch* com sanduíches, frutas, suco de caixinha e chocolates.<sup>94</sup> As salas em que estive presente estiveram sempre lotadas.

Em comparação, no VII CPOG, esses eventos obtiveram duas classificações distintas: *simpósios patrocinados* (no mesmo horário das outras atividades) e *lunch meetings* (no horário do almoço, com os sanduíches). Os temas, assim como no 49º CBGO, eram mais gerais, mas sempre relacionados com algum tipo de tratamento para o qual um produto do laboratório patrocinador poderia ser utilizado.

Alguns dos simpósios patrocinados no 49º CBGO tinham os seguintes títulos:

*Atualização em terapia de reposição hormonal*

*Novas Perspectivas em Contraceptivos Orais Combinados*

*Endometriose no Século XXI*

*Mirena®: Indicações, desafios e perspectivas*

*A TRH e a saúde da mulher*

*A importância da prevenção de fraturas na osteoporose*

*Dúvidas freqüentes em consultório – Anticoncepcionais*

Os simpósios são apresentados pelos médicos e para médicos. Em geral, divulgam-se resultados de pesquisas com os medicamentos (que aquele laboratório *também* produz), mas utilizando, principalmente, o seu nome *genérico*. Entretanto, como o simpósio é patrocinado por um laboratório, o nome do produto comercial sobre o qual se fala, quando não é nomeado diretamente, aparece de várias outras formas: seja um painel atrás do palco onde ficam os apresentadores, seja na imagem do computador projetada à frente numa grande tela (onde são projetadas também, durante as atividades, textos com resumos das

---

<sup>94</sup> Esta classificação, *box lunch*, foi usada em alguns simpósios. De fato, o *almoço* vinha, em geral, dentro de uma pequena *caixa* de plástico. Em alguns simpósios, as caixas eram entregues para os congressistas depois que eles já haviam se acomodado na platéia. Em alguns simpósios foram distribuídos, além do lanche,

apresentações ou imagens).

Como se pode perceber pelos títulos dos simpósios, com exceção do Simpósio do *Mirena*<sup>®</sup>, todos os demais tinham temas mais gerais, como *anticoncepcionais* ou *terapia de reposição hormonal (TRH)*, isto é, não explicitavam no título quais produtos estariam sendo divulgados. Como a *Schering* é, de fato, a única a produzir e vender o *DIU com levonorgestrel* no país, mencionar o nome do produto não o coloca, para todos os efeitos, em vantagem perante os similares produzidos por outros laboratórios, como parece ser o caso dos contraceptivos orais ou injetáveis e outros medicamentos.<sup>95</sup>

A ocultação parcial do nome comercial do medicamento durante os simpósios patrocinados parece ser uma forma de esconder a necessidade da negociação a que me referi há pouco. E como os simpósios são protagonizados pelos próprios médicos, sustenta-se a imagem de que há, entre eles, cumplicidade e autonomia na atribuição dessa legitimidade. A ausência de referência direta ao nome comercial, e a sua presença sutil de outras formas, adicionada ao agrado dos brindes e lanches distribuídos, colaboram na criação dessa esfera bastante específica de negociação. Há que se considerar, também, que a utilização desses termos *genéricos* de referência aos medicamentos é extremamente comum nos outros eventos do congresso (conferências, cursos, mesas redondas), talvez até em função da busca por uma postura ética, que evita privilegiar um ou outro laboratório neste espaço *científico* de legitimação, ou ainda que, por conta dessa atmosfera de cientificidade, não deseje torná-lo um espaço de publicidade.

A despeito da questão da nomeação direta durante os simpósios, nota-se que os benefícios do(s) medicamento(s) sobre o(s) qual(is) se fala, suas indicações de uso e contra-indicações, são bastante ressaltados, sempre de forma a convencer os pares da conveniência de recomendá-lo (mesmo que seja apenas em alguns casos, discriminando quais). Para ilustrar as afirmações feitas acima, citarei como exemplo os simpósios dos laboratórios *Schering* (*Mirena*<sup>®</sup>) e *LIBBS* (sobre o uso contínuo de contraceptivos orais), ocorridos

---

bijouterias e relógios. Um dos laboratórios estava usando como atrativo a divulgação de que, em um dos seus simpósios, estaria servindo sanduíches da rede *Mc Donald's*.

<sup>95</sup> O *Mirena*<sup>®</sup> foi também o único a ser nomeado nos simpósios e *lunch meetings* do VII CPOG – embora o termo usado, dessa vez, tenha sido *endoceção*.

durante o 49º CBGO.<sup>96</sup>

Já me referi a ambos durante o primeiro capítulo para apontar como a questão da supressão da menstruação estava sendo construída nas falas de seus palestrantes: ressaltando-se as suas características positivas e benéficas, chamando atenção para a necessidade de (re)significação da ausência do sangramento e, assim, construindo novas classificações para a *menstruação*.

Embora essas questões reapareçam, pretendo chamar a atenção, no presente momento, principalmente para as relações entre os sujeitos que apresentaram os dois simpósios, aqueles que os assistiram e os laboratórios que os patrocinaram, mediadas pelos contraceptivos em questão.

O simpósio patrocinado pelo laboratório Schering, intitulado *Mirena®: Indicações, desafios e perspectivas* aconteceu, como os demais no 49º CBGO, durante o horário de almoço. Foi realizado na mesma sala em que, em outros momentos, foram discutidas questões correlatas ao uso desse novo método, como as conferências sobre *ablação de endométrio e endometriose*.<sup>97</sup>

O simpósio foi dividido em duas apresentações: a primeira, intitulada *Propriedades Terapêuticas – Novas Perspectivas*, do Dr. Carlos Alberto Petta, professor da Unicamp e pesquisador do *Cemicamp* (centro de pesquisas formado por cientistas vinculados a Unicamp, onde pesquisas com Mirena® têm sido realizadas), e a segunda, *Aspectos Práticos – Vencendo Desafios*, apresentada pelo Dr. Rosires Pereira de Andrade, professor da Universidade Federal do Paraná.

Ambos os apresentadores são professores de universidades públicas que têm, no contexto nacional atual, a função de realizar pesquisas científicas e manter atualizados dados sobre pesquisas realizadas internacionalmente. Este parece ser o papel desses

---

<sup>96</sup> Os dois simpósios ocorreram ao mesmo tempo, em salas diferentes. Assisti pessoalmente ao simpósio da Schering e ao final do simpósio da Libbs. Entretanto, neste último foi entregue um encarte com o resumo das apresentações e um resumo da *biografia* dos palestrantes, que usarei adiante.

<sup>97</sup> A ablação do endométrio consiste numa espécie de cauterização cujo intuito é destruir o tecido endometrial. A relação desses dois temas com o Mirena® está na sua ação (ressaltada anteriormente) sobre o endométrio, inibindo seu crescimento. Assim, cogita-se a possibilidade de utilizar o Mirena® para tratamentos relacionados ao endométrio, como a ablação endometrial e os usados na prevenção da endometriose.

médicos nos simpósios: trazer para os colegas que os assistem resultados de pesquisas que eles têm feito ou que têm sido feitas sobre determinado medicamento – no caso, o contraceptivo Mirena<sup>®</sup>.

Dr. Carlos Alberto Petta iniciou sua exposição defendendo que o Mirena<sup>®</sup> combina as vantagens da contracepção hormonal e dos dispositivos intra-uterinos. Explicou o seu mecanismo de ação e tratou, então, de enfatizar os seus *benefícios não contraceptivos* ou, fazendo jus ao título da sua apresentação, as possibilidades *terapêuticas* do uso do Mirena<sup>®</sup>.

Elas estão, justamente, associadas às alterações nos sangramentos menstruais. Ele cita, em primeiro lugar, a questão das cólicas menstruais (dismenorréia) como um problema diário com o qual os ginecologistas têm que lidar. Em seguida, propõe que a alteração dos sangramentos menstruais, provocada pelo Mirena<sup>®</sup>, seja uma solução para este problema – a qual poderia servir também para os casos de *hemorragia uterina*, *endometriose* e *reposição hormonal*. Considerando-se o efeito supressor do endométrio de Mirena<sup>®</sup>, o médico afirma que existe uma possibilidade *teórica* de que o mesmo possa ser indicado como tratamento preventivo em quadros de endometriose. Não há ainda pesquisas conclusivas sobre essa ação terapêutica do Mirena<sup>®</sup>, mas os dados, segundo ele, são *animadores*.

A afirmação dos benefícios não é feita sem um empenho, quase que imediato, em enfatizar a necessidade de dizer à paciente que ela terá, nas palavras do médico, um *padrão de sangramento* diferenciado, que pode variar de sangramentos irregulares até ausência total, mas que vai sendo melhor definido com o passar do tempo de uso. Esse tema se repete constantemente.

Nesse mesmo intuito de tentar resolver eventuais problemas que coloquem em questão o uso do método, Dr. Petta ressalta que é preciso levar em conta a possibilidade de efeitos colaterais e a necessidade de avisar as pacientes sobre isso (porque trata-se, afinal, de um método hormonal), discutindo, ainda, as possíveis dificuldades encontradas para a inserção do Mirena<sup>®</sup> e apontando algumas das soluções testadas e sugeridas por outros médicos.

O fato de que os dados sobre pesquisas com o Mirena<sup>®</sup> sejam muito recentes foi,

por várias vezes, mencionado pelo médico. Em dado momento, ele se refere a um estudo *publicado neste mês*, em outro, diz que na *literatura tem muita coisa de 2001, de 2000*, artigos que obteve pela Internet, embora as revistas em que eles serão publicados ainda não tenham sido entregues.<sup>98</sup> Prevê, ainda, que devem aparecer resultados de estudos confiáveis muito em breve, dizendo que *se hoje a gente tem bastante dúvida, [mas] provavelmente em alguns anos a gente vai ter bastante certeza dos benefícios do uso do Mirena®*. Isto porque - ressalta o médico - *temos hoje várias evidências dos benefícios, algumas mais demonstradas outras menos demonstradas*.

Durante toda a sua exposição, sua fala é construída em primeira pessoa: *o que eu vejo de atrativo no Mirena®*; *se vocês me perguntarem (...) eu vou dizer que (...)*. Ao referir-se aos resultados da pesquisa com o Mirena®, realizada por sua equipe no CEMICAMP, utiliza a primeira pessoa do plural, *nós observamos (...)*. Sinais claros da forma como os contraceptivos e o laboratório são re-apresentados: através de uma relação direta *entre ginecologistas*. Usando a distinção de Oudshoorn (1990), os *cientistas* ou *acadêmicos* trazem aos *médicos ginecologistas* (que atuam em clínicas ou consultórios) informações sobre algumas pesquisas que têm sido realizadas no meio acadêmico – científico.<sup>99</sup>

Antes de passar a palavra ao apresentador seguinte, o coordenador do simpósio Dr. Aroldo Fernando Camargos fez uma referência à *evolução da contracepção* na história da humanidade, apontando para o surgimento de um *sistema* como o *Mirena®* como um momento especial nessa trajetória. Após criar uma escala evolutiva da tecnologia contraceptiva (na qual o Mirena estaria ocupando uma posição de destaque), reforçou que, dentro de três anos, muitas respostas sobre o Mirena® serão obtidas.

Dr. Andrade chamou atenção para a reversibilidade e longa duração do Mirena® – fatores, então, bastante procurados atualmente no campo da contracepção, considerando que há alguns anos têm-se tentado reduzir as cirurgias esterilizadoras, método até então mais utilizado. Destacou, ainda, que o Mirena® é, na verdade, um método *antigo*, que existe

---

<sup>98</sup> *Literatura* é o termo êmico para fazer referência às publicações em livros e revistas científicas.

<sup>99</sup> Como ressaltei antes, estou usando essas classificações apenas para falar da esfera de ação daquele médico no contexto dos congressos.

desde a década de 70, embora tenha sido introduzido no Brasil somente há um ano.<sup>100</sup> Este argumento sustenta sua afirmação de que, desde então, não há relatos de complicações sérias com o uso do Mirena<sup>®</sup>, e que as taxas de continuação são relativamente altas. Porém, oculta as razões porque, se tem sido usado desde então, não existem pesquisas atuais sobre seus efeitos em longo prazo ou confirmando suas propriedades terapêuticas.

Assim como Dr. Petta, ele insiste que, para que as mulheres possam de fato continuar usando o Mirena<sup>®</sup>, é fundamental o *processo educativo*: explicar para as pacientes sobre os sangramentos irregulares e a possibilidade de ficar sem menstruar. Ele lembra que a experiência do Norplant<sup>®</sup> deixou muito evidente a importância desse *processo educativo*.

As pacientes aparecem, na sua fala, tanto como pessoas *ocultas e objetivadas*, com as quais todos ali - médicos expositores e platéia - estabelecem um tipo de relação, como também *subjetivadas*, através da sua ênfase na necessidade do processo educativo – processo no qual os médicos ensinariam às pacientes os parâmetros para entender e classificar percepções de seus corpos (como os sangramentos irregulares provenientes do uso desses contraceptivos).

As duas apresentações tiveram, assim, um caráter informativo. Os dados apresentados sobre o Mirena<sup>®</sup> nesse simpósio em muito se assemelham aos dados encontrados nos folhetos estudados anteriormente. No entanto, uma diferença fundamental é que, nesse caso, as informações são passadas - como enfatizei - de médico para médico.<sup>101</sup> Ambos utilizam a primeira pessoa, falam de suas próprias experiências com pacientes, dão a sua opinião médica quanto ao contraceptivo (ambas favoráveis ao seu uso), e, investidos da autoridade conferida aos cientistas, conferencistas e acadêmicos, apresentam à platéia resultados de suas pesquisas ou de pesquisas de outros centros internacionais.<sup>102</sup>

O simpósio patrocinado pela *Libbs* teve como título *Novas Perspectivas em*

---

<sup>100</sup> Segundo ele, tem sido usado em países da Europa como Suécia e Finlândia desde o fim da década de 70.

<sup>101</sup> Enquanto que os folhetos, como apontou Pignarre, são, em geral, apresentados rapidamente durante a visita dos representantes dos laboratórios aos consultórios médicos (Pignarre 1999).

<sup>102</sup> Dr. Carlos Alberto Petta também apresentou o *lunch meeting* patrocinado pela Schering no VII CPOG, intitulado Endocepção: *Contracepção prolongada e efeitos sistêmicos*, o que confirma sua relação com o laboratório como médico-pesquisador que atua como divulgador dos resultados de pesquisas com o Mirena<sup>®</sup>.

*Contraceptivos Oraís Combinados* e contou com a participação de diversos professores universitários e pesquisadores. A primeira apresentação do simpósio ficou a cargo do Prof. Dr. Ronald Bossemeyer, *professor titular de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria desde 1970, com mais de 200 publicações entre jornais, revistas, periódicos especializados e monografias no Brasil e no exterior* (informações contidas no encarte entregue durante o simpósio).

Em seguida, a palestra *Novas Combinações*, do Prof. Dr. Marcelino Poli, professor de Ginecologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), apontou para os compostos usados nas formulações dos contraceptivos oraís combinados. Segundo sua exposição, estes contraceptivos são formados por uma combinação do *etinilestradiol*, derivado *estrogênico*, e por diferentes tipos e quantidades de *progestagênios*. A utilização de concentrações diferentes dos dois tipos de hormônio e de tipos diferentes de progestagênios são os fatores usados para distinguir os contraceptivos oraís combinados entre aqueles de primeira, segunda ou terceira geração. O palestrante cita novas combinações que estão sendo lançadas no mercado, como as pílulas trifásicas de 28 dias e as de 24 dias, utilizando como fator identificador dessas pílulas suas combinações e regimes de uso. No entanto, ao falar da combinação usada na formulação do *Gestinol*<sup>®</sup> 28, Dr. Poli menciona o nome comercial do produto e aponta, em seguida, os benefícios de seu uso continuado: *essa forma de uso reduz a endometriose, se presente, os sintomas de dismenorréia e cefaléia menstrual, além de suprimir o sangramento menstrual símile. Admite variações que podem proporcionar 2, 3 ou 4 sangramentos programados ao ano.* Para ter os sangramentos quando desejar, basta interromper o uso da pílula por sete dias.

A apresentação seguinte, intitulada *Contracepção Combinada Contínua*, foi feita pelo Dr. Rogério Bonassi Machado, professor assistente da disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (SP), atuante no Hospital Pérola Byington, em São Paulo (SP), autor de *53 artigos científicos em revistas nacionais e internacionais, incluindo 5 capítulos de livros, além de 80 apresentações de trabalhos em congressos, nas áreas de Ginecologia Endócrina, Climatério e Anticoncepção* (segundo o encarte).

Sua palestra teve o objetivo de demonstrar as vantagens da contracepção oral combinada contínua. Para tanto, ele defendeu que o uso contínuo visa *minimizar os efeitos* relacionados à usual pausa dos contraceptivos oraís ou mesmo atender uma demanda da

paciente que pode *ter convicções pessoais a respeito da necessidade ou não de menstruar*.

Falou, então, de sua pesquisa sobre a *percepção da menstruação entre mulheres*, em que procura defender, como já comentei anteriormente, que quanto maior o conhecimento dos mecanismos de ação dos contraceptivos orais, maior a aceitação da supressão dos sangramentos com os métodos contínuos (Machado, 2001). Aponta dados de uma outra pesquisa em que, durante o uso de contraceptivos orais contínuos, 74% das usuárias apresentaram alívio dos sintomas indesejáveis do período *menstrual* (pausa da pílula).

Na apresentação final do simpósio, o Prof. Dr. João Sabino Pinho Neto, coordenador da disciplina de Ginecologia e chefe de serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), falou sobre a *Contracepção Oral nos Extremos da Vida Reprodutiva*, ressaltando principalmente as vantagens do uso da pílula por adolescentes (na *prevenção da gravidez*) e por mulheres entrando na menopausa.

No dia seguinte ao simpósio, uma matéria sobre os assuntos abordados, enfatizando também os benefícios dos contraceptivos orais combinados contínuos foi publicada no jornal *Libbs no 49º CBGO* (com fotos dos palestrantes).

As palestras, encartes e cobertura jornalística (quase que imediata) sobre o simpósio expressam os termos através dos quais os laboratórios apresentam seus produtos ao público médico: vozes confiáveis, dos próprios pares - donos de uma sólida e bem-sucedida carreira acadêmica, muitos deles até envolvidos com pesquisas sobre os contraceptivos de que falam - apresentando os contraceptivos da mesma forma que costumam fazer nas outras atividades do congresso. Com a diferença de que, neste caso, o objetivo da transmissão das informações é condicionado pelo patrocínio e, portanto, a configuração das classificações (como pudemos ver com relação aos sangramentos menstruais) é organizada de acordo com as intenções retóricas de promover a recomendação do produto.

## *CÁ ENTRE NÓS: OS CONTRACEPTIVOS NOS*

## *CURSOS, CONFERÊNCIAS E FÓRUMS DOS CONGRESSOS*

Argumentei anteriormente que há um diferencial entre simpósios patrocinados e

demais atividades do congresso, pois nos simpósios a intenção seria de recomendar o produto e resolver eventuais entraves ao seu uso. Na realidade, é preciso ressaltar que a distinção entre uma e outra atividade não é tão simples assim. Deve-se levar em conta que os interesses na disponibilidade de uma gama diversificada de contraceptivos no mercado são compartilhados não somente por ginecologistas e laboratórios farmacêuticos, mas por mulheres e homens - pela sociedade, enfim. A contracepção é entendida como uma solução (preventiva) para problemas sociais relativos às questões que se configuram em torno dos temas saúde e direitos reprodutivos e planejamento familiar. Para esses problemas, a contracepção é a solução privilegiada, ao contrário dos milhões de abortos inseguros e gestações que culminam em mortalidade materna ou em crianças abandonadas (além das questões da explosão demográfica e do crescimento populacional, que causam preocupações a nível mundial principalmente quando a população em questão é pobre).

O que procuro fazer ao chamar atenção para essa distinção é indagar se, no processo de constituição desses espaços e atividades diferenciadas, há uma mudança significativa nos argumentos utilizados e nos temas abordados; se informações que eventualmente coloquem em questão o uso dos respectivos medicamentos são ou não ocultadas durante os simpósios; e, caso a resposta seja afirmativa, como elas aparecem nas outras atividades. Em busca dessas questões, continuo centralizando a discussão no tema da supressão da menstruação e dos novos contraceptivos, mas focalizando agora nos cursos e conferências dos congressos.

Como os próprios palestrantes argumentaram em alguns simpósios, não há ainda dados consistentes que provem que esses novos contraceptivos sejam eficientes, por exemplo, no tratamento da endometriose. Falou-se até em benefícios e riscos teóricos, que só seriam confirmados com os resultados de pesquisas de acordo com os critérios e padrões metodológicos que levam dos próprios médicos a chancela de verdadeiros e confiáveis. Entretanto, enquanto resultados não existem, os argumentos teóricos vão funcionando, principalmente nos simpósios, como instrumentos retóricos para a adoção desses métodos.

Na conferência *Endometriose e infertilidade: o estado da arte*, durante o 49º CBGO, o ginecologista italiano Giuseppe Benagiano foi bastante enfático ao dizer, em primeiro lugar, que endometriose não é doença e, em segundo, que o melhor tratamento

para a mulher que quer ter filhos e tem endometriose atualmente é a cirurgia laparoscópica. Os tratamentos que suspendem a menstruação podem, segundo ele, ser usados apenas como preventivos.<sup>103</sup>

Neste mesmo congresso, a mesa redonda *Anticoncepção na Adolescência - Aspectos Polêmicos* discutiu a importância da recomendação de um método contraceptivo eficaz para as adolescentes. Segundo Dra. Cristina Guazelli, de São Paulo, mais de um milhão de partos por ano no Brasil são de adolescentes. Embora exista uma preocupação com a utilização da contracepção hormonal em adolescentes (em função de algumas estarem ainda em fase de crescimento), Dra. Guazelli enfatiza que a anticoncepção hormonal é benéfica e que - respeitando-se as contra-indicações - os efeitos e riscos dos contraceptivos são sempre inferiores aos prejuízos de uma gravidez indesejada.

Conforme a apresentação do Dr. José Alcione Macedo Almeida, nesta mesa redonda, apenas 3% das brasileiras usariam os injetáveis como contraceptivos. Ao falar sobre os contraceptivos injetáveis, Dra. Cristina Guazelli argumentou que, embora haja muita desconfiança quanto ao uso desses métodos, ela os tem recomendado às suas pacientes e *tem mudado sua forma de ver essas técnicas*. Segundo ela, os médicos precisam *perder o medo de usar os injetáveis*. Sua fala foi importante por revelar, justamente, que a indicação do uso de alguns desses contraceptivos que suspendem os sangramentos menstruais (como os injetáveis trimestrais) é temida ou receada por alguns ginecologistas. Isto nos confirma que há, como já apontava Sonia Corrêa, uma certa tensão quanto ao uso desses métodos contraceptivos que, até então, não havia se manifestado dessa forma.

Durante o VII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, a questão dos (novos) contraceptivos foi abordada no curso pré-congresso, *Planejamento Familiar*. A primeira apresentação, do Dr. Rogério Bonassi Machado,<sup>104</sup> intitulada *Anticoncepção em situações especiais: quando não devo usar métodos hormonais e DIU, segundo os critérios da OMS* apontou os casos em que não é recomendada a contracepção hormonal – por exemplo, no caso de pacientes que têm um histórico de problemas cardiovasculares. O DIU, por sua vez, não é recomendado nas primeiras 48 horas após o parto. Dr. Rogério

---

<sup>103</sup> A efetividade do uso da supressão da menstruação através dos injetáveis trimestrais para tratamento da endometriose também é questionada por Sonia Corrêa (Corrêa 1998:28).

<sup>104</sup> Que, como vimos, apresentara uma palestra no simpósio da Libbs durante o 49º CBGO. É interessante notar que quase todos os palestrantes do VII CPOG estiveram, também, apresentando cursos no 49º CBGO.

Machado enfatizou, ainda, que o uso da nicotina associado a contraceptivos pode aumentar o risco de acidentes cardiovasculares.

A apresentação seguinte - *Anticoncepcionais orais: existem diferenças entre os compostos? Qual o risco de eventos cardiovasculares e outras complicações durante o uso?* - do Dr. José Mendes Aldrighi, discutiu a relação entre os riscos e os benefícios do uso de contraceptivos hormonais. Ele enfatizou a necessidade de caracterizar a paciente em termos de seus antecedentes familiares antes de indicar o método. Explicou a diferença entre os tipos de pílulas contraceptivas presentes no mercado, apontando para um grande avanço dos *progestagênios* utilizados em algumas pílulas. Como benefícios extras do uso de contraceptivos hormonais, ele apontou a melhora em irregularidades menstruais, a diminuição das cólicas (dismenorréia), da anemia, de ocorrências com a mama, das doenças inflamatórias pélvicas, do câncer de cólon e dos cistos ovarianos. Além disso, há, segundo ele, uma possível diminuição na sintomatologia da endometriose.

Um comentário bastante interessante feito pelo Dr. Aldrighi abordou o risco do desenvolvimento de *melanomas* (câncer de pele) em função do uso da pílula. Segundo ele, o risco existe e as pacientes (principalmente as de pele clara que se expõem muito ao sol) devem ser advertidas, assim como do risco de ocorrência de *tromboembolismo* e do uso concomitante de cigarro. Segundo Dr. Aldrighi, algumas pacientes que sofreram dessas ocorrências processaram seus médicos por não tê-las avisado sobre esta possibilidade, e muitos processos têm sido abertos por pacientes contra seus médicos pelos mesmos motivos. Posteriormente, Dr. Carlos Alberto Petta respondeu a essas colocações no sentido de tentar tranquilizar os médicos que assistiam à palestra, dizendo que, em relação às pílulas contraceptivas, não têm ocorrido tantos processos assim, a ponto de causar tanta preocupação. De qualquer forma, a possibilidade de ter questionada sua indicação ou recomendação de um medicamento - isto é, sua ação como médico - e mais do que isso, de ter que responder judicialmente por um eventual erro, foi levantada pelo Dr. Aldrighi justamente para chamar a atenção dos médicos no sentido de uma mudança de contexto, que restringiria a sua liberdade no exercício da profissão, inserindo uma nova variável: *o medo de ser processado por negligência*. Lembro-me de uma frase, dita pelo Dr. Aldrighi no congresso brasileiro, que coloca uma questão importante para esse contexto social que envolve médicos, pacientes e laboratórios: *a história da medicina moderna é a história da*

*medicina e o código de defesa do consumidor.*<sup>105</sup> Se isto está de fato acontecendo, ou seja, se as mulheres estão tendo mais acesso à proteção jurídica contra casos de negligência médica, este seria um fator considerável para entender o próprio processo de (re)significação da menstruação, uma vez que há não muito tempo (com o episódio no Norplant<sup>®</sup> na década de 80) a ausência da menstruação ou sua irregularidade foi entendida de forma negativa.<sup>106</sup>

Em seguida, Dra. Cristina Guazelli apresentou a aula *Teoria e realidade dos novos métodos: DIU de levonorgestrel, implantes e adesivo*. Ao falar sobre o DIU de *levonorgestrel* (sem referir ao nome *Mirena*<sup>®</sup>), ela apontou como benefícios a diminuição da quantidade e da duração do sangramento menstrual; a melhora nos quadros de anemia e cólicas menstruais; e a proteção contra doenças inflamatórias pélvicas e contra o câncer de endométrio. Como *efeitos colaterais*, ela listou a dor pélvica, a dor nas mamas, a acne e a amenorréia (suspensão da menstruação), que acontece em 50% das pacientes. É conveniente notar que a diminuição dos sangramentos menstruais é apontada por ela ao mesmo tempo como *benefício* e como *efeito colateral*.

Na sua fala, Dra. Guazelli defendeu que a paciente precisa ser alertada sobre este efeito do *Mirena*<sup>®</sup>, para que ela não pense que a ausência da menstruação significa uma possível gravidez. Esse descontentamento com a ausência da menstruação é, segundo ela, uma das maiores causas da interrupção do uso deste método em outros países. Em relação aos implantes, ela apontou como desvantagens dores nas mamas, acne e as alterações menstruais que eles provocam. Segundo ela, não é possível prever como será o ciclo menstrual da paciente que coloca o implante. Algumas continuam menstruando, outras entram em amenorréia, e outras ainda ficam tendo sangramentos em períodos imprevisíveis.

Essas informações são importantes porque, novamente, mostram que a supressão da menstruação através dos métodos DIU e implante não é tão efetiva. Algumas das mulheres que usam esses métodos não ficam, de fato, sem menstruar. Isto, de certa forma, desconstrói a questão da *supressão da menstruação*, pois trata-se mais de uma expectativa

---

<sup>105</sup> Esse comentário foi feito por Dr. Aldrighi durante um simpósio patrocinado pela Schering sobre as terapias de reposição hormonal.

<sup>106</sup> No entanto, acredito que, mesmo que os processos estejam acontecendo, o acesso efetivo a eles se restrinja a uma parcela pequena da população brasileira.

do que de um efeito garantido a partir do uso de um determinado contraceptivo.

Dr. Petta, que já tinha enfatizado essa irregularidade do sangramento menstrual nas pacientes que usam o *Mirena*<sup>®</sup>, bem como a necessidade de informá-las de que a supressão pode acontecer ou não durante o congresso brasileiro, repetiu, neste congresso, que as pesquisas que tem feito na Unicamp demonstraram que a aceitação da supressão da menstruação entre as pacientes é muito boa, e que achar que a paciente *não vai ficar feliz* com a supressão dos sangramentos é um medo ou preconceito do médico.

Ao final do curso, Dr. Eliano Arnaldo José Pellini apresentou a aula *Métodos de barreira: o que existe de novo?*, ressaltando o quão pouco costuma se falar e estudar os métodos de barreira (camisinha masculina e feminina). Segundo ele, mal se considera a questão quando se fala em contracepção, mesmo sendo os métodos de barreira os únicos até o momento a proporcionar, ao mesmo tempo, proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Embora, como eu disse no começo, o interesse pela contracepção seja compartilhado por todos os sujeitos envolvidos na sua discussão, um dos diferenciais entre o que se diz sobre os contraceptivos nos simpósios e o que se diz nos cursos e conferências está na autonomia maior para dizer, por exemplo, que alguns ginecologistas tinham medo de recomendar um tipo de contraceptivo, o injetável mensal e trimestral. Durante os cursos também pude perceber que as contra-indicações para determinados contraceptivos são bem mais explicitadas do que durante os simpósios. Os benefícios, da mesma forma, não são necessariamente ressaltados com o mesmo empenho persuasivo.

A atmosfera de profissionalismo ou cientificismo está presente em ambos os tipos de atividades, mas nos cursos e conferências parece haver uma explicitação maior das tensões latentes, como no caso apontado durante a palestra sobre os métodos de barreira. Nos simpósios, como o do *Mirena*<sup>®</sup>, ressalta-se a tensão provocada pela ausência ou irregularidade dos sangramentos, mas para dizer que é necessário ensinar à paciente que isto é *normal*.

Sabe-se que a indústria dos hormônios é, atualmente, um dos empreendimentos mais lucrativos do mundo. Ao reclamar da falta de investimento (financeiro e simbólico) na contracepção de barreira, Dr. Eliano Pellini evidencia que, entre outras coisas, as soluções

têm sido construídas a partir desses interesses.

Um outro evento do 49º CBGO trouxe uma perspectiva diferente sobre a produção industrial de hormônios contraceptivos, discutindo, em outros termos, a questão dos implantes contraceptivos e a supressão da menstruação foi o Fórum da FEBRASGO e do Ministério da Saúde intitulado *TPM – Tensão Pré-Menstrual: como enfrentar os dias de fúria*, em que participaram Dra. Albertina Duarte Takiuti (SP), Dra. Maria José Araújo (SP) e Dra. Nazira Scaffi (MS). Após as palestrantes discutirem soluções para a questão da tensão pré-menstrual, um dos ginecologistas da platéia questionou-as acerca das suas posições e opiniões sobre os implantes que suprimem a menstruação.

Comentando a sua chegada ao congresso e o impacto que sentiu ao ver o saguão de exposições, a coordenadora do fórum afirmou: *eu fiquei assustada com o tamanho (...) nós somos um grande mercado. Não é à toa que os espaços foram vendidos a peso de ouro.* Referia-se, então, aos espaços alugados pelos laboratórios no saguão.

Em seguida, Dra. Nazira Scaffi apontou para a tensão entre a medicina homeopática - fundamentada, segundo ela, numa filosofia menos intervencionista ao funcionamento natural do organismo - e a medicina alopática (sustentada pelos laboratórios em questão), que bloquearia esse funcionamento natural, ao suprimir a menstruação:

*Eu não concordo com as filosofias que bloqueiam o funcionamento natural do organismo. Eu acho que nós temos o direito de ter o nosso organismo funcionando como Deus fez (...) e não sofrer, não precisar ter o sofrimento com a TPM. E isso é possível, seja dentro da alopatia, que é uma coisa que eu não pratico, prefiro também outra filosofia, (...) medicina baseada em evidências que eu faço há 15 anos e [tenho obtido] resultados [tranqüilos] com a homeopatia. E só a homeopatia, (...) que não é fitoterapia. Sou contra ficar dando ervinha disso, ervinha daquilo, sou contra, eu acho que isso também é medicalizar demais. Acho que a gente tem que devolver o equilíbrio para o funcionamento do organismo e esse organismo pode funcionar em equilíbrio sem precisar de tudo isso.*

O sucesso dos laboratórios e desses tipos de contraceptivos no Brasil deve-se, para Dra. Scaffi, à falta de acesso à informação das mulheres brasileiras:

*(...) na Europa a gente observa o movimento contra os hormônios (...) as mulheres são mais conscientes, têm mais formação, tem informação, elas não aceitam esse tipo de*

*ablação da sua função natural, orgânica. Aceita-se aqui, no Brasil, que as mulheres não tem acesso à informação, não tem acesso à educação (...)*

A Dra. Maria José Araújo, a seguir, enfatizou o caráter cultural dos sintomas, citando como exemplo o fato de que a palavra *menopausa* sequer existia, há alguns anos, no Japão. Em seguida, lembrou também a questão do mercado: *os hormônios da menopausa atualmente são o 4º medicamento mais vendido no mundo. E isso não é porque as mulheres precisam, algumas precisam. As outras, a grande maioria, provavelmente não tem nenhum conhecimento porque ela está tomando aquele medicamento.*

Ela seguiu criticando a forma como os medicamentos alopáticos, dentre os quais se encaixam os contraceptivos hormonais, têm sido utilizados como a única possibilidade de tratamento ginecológico (contraceptivo ou não). E defende que outras possibilidades devem ser consideradas:

*Em relação à questão dos implantes, se a gente pegar o que a Nazira falou, os métodos usados no primeiro mundo, onde as pessoas têm autonomia, têm conhecimento, têm direitos, têm cidadania, têm direitos humanos, os métodos de alta tecnologia, como os implantes e outros, estão lá embaixo nas estatísticas. Os métodos menos prejudiciais à saúde são os métodos mais usados, certo? Então eu acho que essa questão é muito importante para a gente começar a refletir sobre isso, por que no Brasil 42% das mulheres em união são esterilizadas? Porque elas escolheram? Então, a mesma coisa com relação à questão da medicalização. Eu não estou dizendo que medicamentos químicos não devem ser usados (...) Eu não acho que os medicamentos alopáticos resolvem tudo. Não acho que a TPM tem que ser tratada só com alopatia (...) a própria homeopatia na França tem vários trabalhos científicos, trabalho sério de pesquisa. Se não tem no Brasil, na França tem. E mostra que obrigatoriamente isso não tem que ser tratado dessa forma, com antidepressivos, com diuréticos simples. Eu acho que a gente tem que começar a aceitar que existem outras possibilidades que não só aquelas que a gente aprendeu na faculdade ou num congresso de ginecologia onde essas questões são muito pouco discutidas ou entendidas.*

Falando mais especificamente da supressão da menstruação e fazendo um paralelo entre ela e a mutilação do clitóris em alguns países da África, Dra. Albertina Duarte Takiuti

diz que *tirar a menstruação das mulheres sem nenhuma pesquisa a longo prazo (...) tem que ser repensado como um grande ato de violência.*

Disse ter feito parte da comissão que estudou o Norplant<sup>®</sup> na década de 80 e que a questão dos implantes no Brasil pode ser caracterizada como um problema sério. Segundo elas, pacientes que tiveram o implante colocado por outros médicos vêm, constrangidas, procurá-la para pedir que ela os retire, com efeitos colaterais como aumento da taxa de colesterol.

*Eu não sou contra o método. Eu sou contra a não-pesquisa, não ter uma pesquisa científica que mostre a curto, médio e longo prazo como as mulheres estão.*

Ela acha errada a abordagem atual que tem defendido que o sangue é sujo e deve ser suprimido. Enxerga isso como uma forma de preconceito contra o sangue menstrual e critica a supressão da menstruação pelos contraceptivos hormonais.

*Eu acho muito complicado a gente trabalhar com um eixo hormonal que não é só o útero (...) esse eixo hormonal está na mama, está no fígado, está na hipófise, está em todos os lugares e nós perdemos o controle dos receptores hormonais sobre essa interrupção (...) Eu acho um contra-senso, nós estamos discutindo os fatores da menopausa: quanto mais longas as menstruações da mulher, mais saudável ela fica. Hoje todas as pesquisas científicas, as francesas já falavam nos anos 80, quanto mais você menstruar melhor, menopausa precoce é aos 40 anos, então nós estamos fazendo o que? Suspender a menstruação (...) quem está dizendo que não é menopausa precoce?*

As perspectivas aqui demonstradas não aparecem explicitamente em nenhuma das outras atividades que presenciei e evidenciam não somente que existem pontos de vista diferenciados quanto à questão do uso dos contraceptivos que suprimem a menstruação, mas também que os termos em que eles são colocados são distintos. Em comum, estas médicas consideram, ao falar dessa questão, a importância do excesso de medicalização impulsionado pela indústria farmacêutica e o grande mercado que se construiu em torno dessa questão. Chegam a pensar a intervenção no ciclo menstrual como um ato de violência, que sustentará preconceitos contra o sangue menstrual, e levantam o problema da falta de educação e de informações sobre o corpo e tratamentos que são recomendados pelos médicos.

Esta última discussão nos mostra que, embora sejam divulgados como *novidades*, as discussões sobre a produção desses contraceptivos, as pesquisas feitas para seu lançamento, seus efeitos e assim por diante, não são novas, mas sim re-apresentadas, como procurei defender no primeiro capítulo. À exceção do Fórum e, principalmente, nos simpósios patrocinados, a questão dos contraceptivos foi tratada de outra forma. Ao falar da irregularidade dos sangramentos, enfatizou-se a necessidade de *informar* a paciente desses efeitos. Mas não se considerou quem constrói os termos dessas informações, ou que elas são constituídas a partir de um embate entre pontos de vista diferentes. Argumentos como os que essas médicas levantam, embora cruciais para a criação da necessidade de (re)significação da menstruação, são ocultados principalmente através de deslocamentos de sentido como o que transforma a *menstruação* em *padrões de sangramento*.

Como apontou Dra. Maria José Araújo, a questão dos novos contraceptivos vem, de fato, sendo discutida entre a Febrasgo e grupos feministas. O jornal eletrônico *Rede Saúde* publicou os relatórios de um Seminário realizado em Atibaia (SP) em dezembro de 1999, intitulado *Implantes, DIU, Métodos de Barreira: Situação atual no Brasil, à luz da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos*. Segundo a socióloga Maria Betânia Ávila, que participou da sua organização,

*a proposta foi discutir o tema considerando-se alguns métodos já disponíveis no país como parte de um processo, e fazer o debate avançar para uma discussão sobre outras tecnologias já existentes ou que estão sendo pesquisadas e, ainda, sobre as tendências das pesquisas atuais e das prioridades para o futuro. (...) O Seminário foi realizado em torno da idéia da responsabilidade da sociedade civil em relação à saúde das mulheres e à democratização da anticoncepção. É interessante relatar aqui que houve nesse debate uma retomada de alguns antigos pontos de conflito entre feministas e pesquisadores da contracepção nos anos 80, como por exemplo sobre a pesquisa do Norplant (contraceptivo hormonal em forma de implante subdérmico). Em torno disso não se buscou a harmonização das posições, mas sim politizar o debate e assentá-lo sobre bases mais democráticas.*<sup>107</sup>

---

<sup>107</sup> In: *Jornal da Rede Saúde* - nº 20 - Maio 2000 - [www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br). Dra. Maria José Araújo, representando o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/SP participou como relatora geral do seminário, juntamente com Dr. Anibal Faúndes (CEMICAMP) e Maria Betânia Ávila (SOS Corpo – Gênero e

A discussão sobre os implantes, por exemplo, levou em consideração *cinco modelos, Norplant<sup>®</sup>, Norplant-2<sup>®</sup>, Implanon<sup>®</sup>, Elmetrin<sup>®</sup> e Surplante<sup>®</sup>*.<sup>108</sup> Segundo o relatório desta sessão, *embora a questão dos custos tenha sido discutida, concluiu-se que o preço não deve ser utilizado como argumento para afirmar que seu uso seria restrito e que a avaliação deve ser fundamentada em critérios que se apliquem à população em geral, independentemente de sua capacidade econômica.*

O relatório indica que, apesar de não ter havido consenso sobre a *conveniência ou não do uso de implantes subdérmicos* - de um lado *os/as representantes da Comissão Nacional de Anticoncepção da Febrasgo manifestaram-se totalmente favoráveis* e, de outro, o *grupo composto por feministas, também profissionais de saúde, levantou questões sobre os eventuais abusos na aplicação do método, além de questionar os possíveis efeitos nocivos à saúde da mulher* - reconheceu-se que *tanto os pesquisadores envolvidos quanto as feministas estão debatendo o tema sem ressentimentos.*

Segundo o relatório, prevendo o possível lançamento de implantes no mercado brasileiro,<sup>109</sup> os/as participantes do seminário encaminharam algumas recomendações à ANVS (Associação Nacional de Vigilância Sanitária) e à Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde.<sup>110</sup>

Foram discutidos, em outra sessão, os DIUs e métodos de barreira. Com relação ao *DIU com levonorgestrel* foram citadas as alterações na menstruação, que podem culminar na sua total supressão, e a existência dos demais efeitos colaterais dos progestagênios. Na discussão sobre os métodos de barreira, *o grupo foi composto somente por mulheres (...)* o que foi interpretado pelas participantes do grupo como um reflexo do lugar que os métodos de barreira ocupam entre os meios contraceptivos, ou seja, *consideraram-se métodos pouco*

---

Cidadania/PE). Dr. Rosires Pereira de Andrade, que apresentara uma palestra durante o simpósio patrocinado do Mirena<sup>®</sup> no 49º CBGO, foi responsável, juntamente com Sonia Corrêa (representante do Ibase – Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas e autora de alguns dos textos citados nesta dissertação) e Lynn Silver (Universidade de Brasília e IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) pelo tema *Implantes Anticoncepcionais Subdérmicos*.

<sup>108</sup> Naquele momento, segundo o relatório elaborado por Diana do Prado Valladares, o Elmetrin<sup>®</sup> era o único implante registrado no Brasil, mas esse registro estava sendo questionado e ele não estava sendo comercializado. Os pedidos de registro de Implanon<sup>®</sup> e Surplante<sup>®</sup> estavam em avaliação na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS). Os outros produtos não tinham pedido pendente.

<sup>109</sup> O Implanon<sup>®</sup>, que acabou realmente sendo aprovado.

<sup>110</sup> As recomendações, segundo o relatório foram que a distribuição fosse *restrita aos/as profissionais credenciados/as após treinamento pelos centros de referência*, que fosse mantida *uma hotline (linha de informações)* para esclarecimentos, visando atender a população e *o/a profissional de saúde*, que o implante

*usados, por não terem um status de alta tecnologia que desperte o interesse dos/as profissionais médicos/as, além de tocarem de perto as questões da sexualidade, do conhecimento do corpo etc.* Além disso, ressaltou-se que, *em função do baixo interesse comercial, os métodos de barreira não têm recebido o apoio necessário para seu desenvolvimento*, e que os/as profissionais de saúde têm muita dificuldade *em lidar com os aspectos relacionados à sexualidade da clientela*, o que afetaria a baixa expressividade desses métodos na contracepção.

As discussões apresentadas nas sessões deste Seminário indicam que, embora ginecologistas e feministas estejam debatendo questões como os novos contraceptivos, os congressos não são os espaços institucionais para esses debates acontecerem.<sup>111</sup> Alguns dos médicos que participaram deste Seminário estiveram, também, presentes em atividades dos congressos. No entanto, a maioria das discussões nos congressos são pautadas por outras relações que as estabelecidas durante um congresso. Por exemplo, o Seminário resultou na elaboração de reivindicações e sugestões - como a necessidade de discutir os efeitos com as mulheres, introduzindo na relação médico-paciente um pouco mais de troca de informações com a paciente sobre o seu tratamento - que foram encaminhadas aos órgãos competentes com o intuito de participar de alguns dos processos de regulamentação dos contraceptivos (como no caso dos implantes). Estas reivindicações foram re-apresentadas nos congressos a partir de um outro conjunto de relações: enquanto recomendações entre pares, partes da constituição do conjunto de regras éticas que passam a ser, então, compartilhadas pela comunidade médica.

## A SESSÃO PONTO E CONTRAPONTO NO VII CONGRESSO PAULISTA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA: *É NECESSÁRIO MENSTRUAR?*

Para este debate, coordenado pelo Dr. Geraldo Rodrigues de Lima, foram chamados o Dr. Elsimar Coutinho (defendendo que não é necessário menstruar) e o Dr. Lucas Viana

---

tivesse duração *mínima de dois anos e um número máximo de dois bastões* e que houvesse um *aprofundamento das discussões sobre o uso de implantes no Brasil.*

<sup>111</sup> Com exceção dos fóruns e reuniões organizados em conjunto com o Ministério da Saúde ou outras instituições, como o fórum sobre TPM.

Machado (defendendo que sim).

Na sua palestra, Dr. Lucas Machado falou da necessidade da menstruação através do questionamento do uso de tratamentos hormonais, principalmente durante a menopausa. Comentou alguns dos resultados recentes de pesquisas sobre as terapias de reposição hormonal, que colocaram em xeque muitas das idéias que ginecologistas e laboratórios tinham e propagavam sobre os benefícios da reposição hormonal. Em suma, discutiu alguns dos efeitos do uso de hormônios no corpo feminino, bem como o papel da indústria farmacêutica na produção e disseminação desses hormônios. Iniciou sua fala enfatizando a necessidade de se discutir os efeitos dos tratamentos disponíveis no mercado:

*O tema da mesa é "É necessário menstruar?" A minha resposta é: depende, às vezes, sim; às vezes, não. O importante não é menstruar ou não menstruar. Isso é irrelevante. O importante é saber o que nós vamos fazer para ela [a paciente] menstruar ou não menstruar. Eu vou me deter apenas ao tratamento que se faz no climatério. Sinceramente, eu não estou convencido que antes, no menacme, ela deva ou não deva menstruar. Eu acho que isso é muita medicalização.*

Dr. Machado fez, então, um retrospecto do surgimento das terapias de reposição hormonal. Levando em conta que os sintomas das mulheres durante a menopausa devem-se, em geral, à deficiência do estrogênio, as primeiras terapias de reposição hormonal consistiam no uso de estrogênios conjugados (isolados). Segundo Machado, disponíveis desde a década de 1940, elas passaram a ser bem aceitas apenas a partir de 1966, com a publicação do livro *Feminine Forever* de Albert Wilson. Porém, após a especulação de que o uso dos estrogênios estivesse relacionado à incidência de câncer do endométrio (em publicações de 1975), e dado que, em 1980, um outro trabalho defendera que a progesterona funcionaria como uma proteção para o endométrio, passou-se a acrescentar o uso de derivados da progesterona na segunda fase do ciclo.<sup>112</sup>

Segundo ele, a indústria farmacêutica estava, no momento, ressentindo uma *baixa aderência do tratamento. Mais de 80% das mulheres latino-americanas e mais de 60% das americanas interrompiam o tratamento antes que completavam um ano.*

Procurando descobrir as causas dessa desistência do uso, os laboratórios teriam

---

<sup>112</sup> Apenas para as mulheres que (ainda) tinham o útero.

encomendado um relatório sobre a *percepção das mulheres acerca da TRH e os motivos da baixa aderência* e a causa mais expressiva teria sido *a continuidade ou o retorno da menstruação*. Dr. Machado critica, então, a solução encontrada pela indústria farmacêutica:

*(...) se eu vendo um produto (...) e a mulher não toma o meu produto e ela não toma porque menstrua ou volta a menstruar, qual é a solução para que eu venda o produto? O que está fazendo ela parar de tomar a medicação? A menstruação. Ora, acaba com a menstruação! Então, saiu o famigerado esquema combinado contínuo, ininterrupto, que resolveu muito bem o problema da indústria, mas está longe de resolver o problema da mulher. E nós todos embarcamos nisso, porque nos Estados Unidos, 80% das mulheres fazem uso desse esquema, e se for olhar aqui no Brasil também talvez a grande maioria faça uso desse esquema.*

Ele explicou, então, porque esse esquema de uso contínuo de hormônios (que, apesar de estar sendo aqui exemplificado através de terapias de reposição hormonal, vale também para os contraceptivos orais contínuos como os que vimos anteriormente) não resolve o problema da mulher, do seu ponto de vista. Se entendi corretamente seu argumento, o problema estaria em dar, ao mesmo tempo, dois hormônios com ações antagônicas, isto é, um (o progestagênio) que anula a ação do outro (o estrogênio).

Segundo ele, essa forma combinada contínua evita que a mulher menstrue porque *ela está tomando um estrogênio junto com um anti-estrogênio natural, fisiológico, que é um progestogênio. O progestogênio inibe a síntese de novos receptores de estrogênio [explicando a ação bioquímica]. Onde é que está a lógica disso, dar um estrogênio com um anti-estrogênio? Isso pode ser bom para a indústria, mas não é bom para a minha cliente. Definitivamente não é, essa é a minha visão, nunca fiz concessão e, graças a Deus, nunca receitei da maneira que gostariam que eu receitasse. Agora eu não receito? Receito, eu receito todos. Eu tenho que individualizar aquela paciente que está na minha frente. Se ela tem uma endometriose, se ela tem mioma, se ela foi operada de câncer de endométrio (...) se ela sangra abundantemente (...) não dá, então, vamos adotar esse esquema. Mas eu nunca deixei de dizer que (...) o esquema de estrogênio isolado comparado com o combinado contínuo é a mesma coisa que comparar uma Mercedes-Benz com um Fusca. (...) Não pode haver condição de comparação.*

Ao falar sobre os tipos de tratamento hormonal que recomenda (ou não) às suas pacientes, Dr. Lucas Machado aponta para a relação entre ginecologistas, os hormônios presentes no mercado e os laboratórios, indicando as negociações de legitimidade que são acionadas entre estes sujeitos.

A partir de um episódio relacionado à discussão sobre as terapias de reposição hormonal, ocorrido em outro congresso do qual Machado teria participado, é possível ainda perceber uma correlação entre os argumentos e os espaços institucionais onde são acionados ou ocultados, tendo em vista essa relação entre ginecologistas e laboratórios. O presidente deste congresso teria pedido a Dr. Machado que escrevesse um artigo para o jornal que seria entregue durante o evento:

*O nome do artigo era: "O que é mais importante, a aderência à TRH ou o bem estar da paciente?" E eu fui para o congresso achando que ia ser um estouro e tal, mas não saiu o artigo. Só foi sair oito meses depois, porque o jornal era patrocinado pelo laboratório e eles não deixaram sair.*

Seu relato aponta, então, para uma correlação entre o que deve (ou não) ser dito nos espaços patrocinados pelos laboratórios e a distinção entre estes espaços e sessões como essa, intitulada *ponto e contraponto*, na qual a relação com os laboratórios pode ser explicitamente problematizada. Embora a legitimidade científica dos medicamentos, conferida pelos ginecologistas, esteja sendo negociada nos espaços patrocinados - e por isso os simpósios, artigos e pesquisas clínicas são realizados pelos próprios médicos - os interesses comerciais dos laboratórios são variáveis consideráveis na definição dos argumentos que serão revelados ou ocultados nestas atividades.

As publicações de estudos mais *controlados* sobre os benefícios e riscos das terapias de reposição hormonal também foram citadas pelo Dr. Machado, que evidencia a ausência de evidências de alguns dos benefícios atribuídos à TRH desde o seu lançamento:

*(...) logo depois, também, saiu o estudo HERS [Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study], que veio mostrar que estrogênio associado a um anti-estrogênio não traz aquele efeito cardio-protetor que os trabalhos observacionais antigos, todos, mostravam, um efeito favorável dos estrogênios no sistema cardio-circulatório. Eu fui chamado para falar pelos laboratórios: "o que o senhor achou do estudo Hers?" [E disse:]*

*“Eu não achei nada, deu o que tinha que dar, vocês dão um estrogênio com um anti-estrogênio, estão querendo o quê? nenhuma proteção” (...) E agora culminou com esse estudo do WHI [Women's Health Initiative]<sup>113</sup> (...) Para mim, esses dois estudos vieram me reconfortar. Porque quanto eu sempre falei, está escrito no meu livro, (...) eu sou radicalmente contra o combinado contínuo para suspender a menstruação – a não ser que haja indicação para isso.*

Finalmente, após propor algumas outras soluções para a questão da reposição hormonal, Dr. Machado concluiu: *não menstruar é cômodo para a paciente? É cômodo para a paciente. É bom para a indústria farmacêutica? É ótimo, porque diminui muito o abandono de tratamento. Mas será que é o melhor para a paciente nesses termos, progestogênio combinado com estrogênio contínuo? Na minha cabeça nunca foi e agora, mais do que nunca.*

Sem tocar na questão da produção farmacêutica de contraceptivos, na qual ele tem uma participação bastante ativa e significativa, Dr. Elsimar Coutinho, comentando a fala anterior e o tema do debate, começou dizendo:

*É difícil de encontrar alguém que diga "Eu sou a favor da menstruação". E até Lucas, a quem foi atribuída essa responsabilidade de defender a menstruação(...) sente dificuldade porque ele é inteligente, experiente e sabe que, realmente, é uma defesa difícil hoje, depois de tudo que se descobriu nos últimos anos, defender a menstruação como ela é conhecida – uma menstruação repetida, incessantemente, durante vinte a trinta anos, dez anos. Não existe hoje, com o conhecimento que nós temos do mecanismo de geração do fenômeno hemorrágico, uma justificativa para que se imponha isso como uma necessidade vital, como se impunha há uns anos atrás. A menstruação era fisiológica e era obrigatória. Muitos colegas ainda fazem essa afirmativa para as pacientes [quando elas lhes pedem para parar de menstruar]. No começo eu achava isso ruim. Depois eu encorajei os meus colegas a se recusarem, mesmo, porque atrai a paciente para mim (...)<sup>114</sup>*

---

<sup>113</sup> A publicação de resultados desse estudo alguns anos antes do final previsto, em Julho de 2002, dizendo que os riscos com o uso dessa terapia combinada contínua superam os seus possíveis benefícios provocou várias discussões sobre o uso da reposição hormonal.

<sup>114</sup> Dr. Elsimar Coutinho é conhecido, entre outras coisas, pelo desenvolvimento e comercialização de implantes sub-dérmicos contraceptivos que provocam a suspensão dos sangramentos menstruais.

Ele investiu, então, um bom tempo listando e comentando as publicações relativas à sua tese sobre a supressão da menstruação. Enfatizou que seu livro *Menstruação, a sangria inútil*, havia sido publicado no exterior pela *Oxford University Press*, e que, em breve, ganharia dela uma segunda edição com mais de 30.000 exemplares. Investindo em demonstrar aos colegas a legitimidade da tese defendida no livro, comentou que o livro havia sido *avaliado por seis professores de ginecologia e obstetrícia norte-americanos, professores em grandes universidades, nas maiores, principalmente do nordeste americano que, ao contrário do nosso nordeste, é a parte mais avançada do país. E todos os seis que avaliaram o livro, sem saber quem era o autor - isso é importante, porque se soubessem era capaz de terem recusado - (...) aprovaram o livro (...) e assim eu tive o livro publicado pela melhor editora (...) dos Estados Unidos que é a Oxford University Press.* Citou repercussões de seu livro e sua tese em revistas de medicina reconhecidas internacionalmente, como *JAMA, Lancet, British Medical Journal, The New Scientist*. Segundo ele, até a *Cambridge University Press*, concorrente da *Oxford University Press*, apressou-se em pedir que ele fizesse uma revisão do assunto para ser publicada na revista *Reproductive Medicine Review*, artigo que foi publicado em 2001 (Coutinho 2001).

Somente então, Dr. Coutinho começou a explicar sua tese sobre a inutilidade da menstruação. Segundo ele, *a tese é simples: de que a menstruação não é um fenômeno natural, quando repetida pelos anos afora. A menstruação é uma forma que a natureza encontrou de recuperar imediatamente a capacidade reprodutiva da mulher quando uma ovulação falha. O objetivo da ovulação é a gravidez. Se não há gravidez, a natureza se dá conta disso rapidamente e trata de limpar a área para que uma nova tentativa possa ser tomada. Então, uma menstruação, neste caso, é compreensível, é uma limpeza do útero e uma preparação imediata [para outra ovulação].*

Apresentando à platéia uma espécie de *narrativa mítica* sobre a menstruação e o estado de natureza, ele procurou explicar a razão do surgimento da menstruação entre os primatas: *Porque que a natureza tem essa pressa? A razão é simples: no começo, quando nós éramos primatas sub-humanos, a ocorrência de gravidez só podia ter lugar numa época apropriada do ano. Nós éramos, como a maioria dos primatas são até hoje, reprodutores sazonais que copulavam uma época certa, na chamada "mating season", para que o filho nascesse numa época apropriada do ano e pudesse sobreviver. Não nascesse em pleno inverno, porque morreria. Então, ele tinha que nascer no começo da primavera.*

*E por isso a "mating season" era depois da primavera, era no começo do verão, depois que as que tinham que parir tinham parido e (...) iam começar uma nova gravidez para nove meses depois, e não doze, ela parir o seu filho num ambiente de calor como fazem os primatas até hoje, os outros sub-humanos (...) E por isso, se não houvesse sucesso naquela ovulação, temos que limpar a área rápido. Para se tentar de novo, para não ter que esperar um ano inteiro para tentar. Então, é por isso que existe a menstruação.*

Dedicou-se, então, a mostrar a incompatibilidade da mulher menstruada com esse estado de natureza, em que os seres humanos eram presas fáceis de animais carnívoros: *e uma mulher? menstruando todo mês, com perda de sangue, numa época em que ela não sabia nem falar (...) sangrando durante cinco dias na floresta! Dormindo e acordando numa poça de sangue, com as pernas meladas de sangue. Quantas menstruações ela ia escapar viva? Não são só as formigas que iam atrás dela, não. Principalmente os grandes comedores de gente, os carnívoros.*

Para ilustrar esse seu argumento, Dr. Coutinho citou uma matéria que teria lido naquela semana, *agradavelmente surpreendido*, em que se dizia que no parque Yosemite, nos Estados Unidos, onde vivem ursos em liberdade, as mulheres menstruadas são aconselhadas a não visitar o parque, porque o urso cheira o sangue a mais de um quilômetro de distância. Assim como os ursos, outros animais carnívoros - que identificam onde está a comida pelo cheiro do sangue - como alguns peixes, fatalmente atacariam uma mulher menstruada se tivessem a oportunidade.

A natureza, seguindo seu argumento, teria elaborado os seres vivos - entre eles, os humanos - com a finalidade exclusiva da procriação: *a gravidez no mundo animal é inevitável*. A menstruação é entendida, então, como uma falha do objetivo principal arquitetado pela natureza, mas como parte desse processo: *a natureza fez com que essa menstruação, que levava a mulher à morte, facilitasse a necessidade de engravidar*.

Dr. Coutinho enfatizou, a seguir, o quanto os cheiros da fêmea no estado de natureza - que teriam sido exterminados na vida social com a invenção do *banho, sabonete* e do hábito de *escovar os dentes* - condicionariam a procriação. Ele diz, *quando eu faço algum tipo de aconselhamento, eu digo, olha, se livre de tudo o que a civilização lhe deu quando você estiver na alcova. Porque a mulher, tudo bem, ela está vivendo em sociedade, ela não quer que os homens vão atrás dela*. Mas, segundo ele, em casa com seu marido ela deveria aproveitar-se desse seu lado mais animal, natural, na vivência da sexualidade.

Contrasta, então, a menstruação na natureza (programada para recuperar rapidamente a capacidade fértil e possibilitar uma nova fecundação) com a menstruação repetitiva e incessante, provocada pela convivência em sociedade. Nesse processo, retira da menstruação seu caráter de *natural*, atribuído em outros contextos por outros sujeitos: *A minha tese é a seguinte, eu não digo que a menstruação é natural, eu digo que a menstruação no mundo civilizado se transformou num fenômeno normal, mas não natural. A natureza não inventou isso, a natureza inventou a atratibilidade irresistível da fêmea, que leva ela a conceber. A lactação tinha que ser, na natureza, ad libido, o bebê mamava dia e noite, toda hora que ele quisesse, um pouquinho. Esse tipo de lactação inibe a ovulação e ela não tem menstruação. Então, a natureza não tem nada a ver com isso [as menstruações vivenciadas pelas mulheres em sociedade].*

Concluindo, insiste na improbabilidade da menstruação existir na natureza e no seu caráter social: *somente às custas de duas conquistas da civilização é que a mulher consegue menstruar doze vezes por ano, às vezes até treze vezes por ano (...) sem razão. A nossa civilização proporcionou a ela, primeiro, o copular sem engravidar. Isso nós é que inventamos. Não existe bicho, não existe nenhuma espécie animal que faça essa proeza. Se copular, engravida. Mas o ser humano inventou as práticas anticoncepcionais, a abstinência (...) recursos que nós fomos inventando através dos séculos e hoje a mulher pode passar a vida assim, copulando todos os dias e não engravidando nunca. Essa foi a primeira coisa indispensável para ela poder menstruar (...) E a segunda, com o desenvolvimento de tecidos feitos de algodão, de seda, de outras coisas que a civilização tornou possível, a mulher menstruada sem ser percebida. Se tiver dez mulheres menstruando aqui nós não temos nenhuma forma de saber qual é que está menstruando (...) só os ursos é que, aparentemente, têm um nariz tão aguçado que se tivesse alguma menstruando nessa sala, soltando um urso aqui, ele iria imediatamente apontar o dedão e dizer: é aquela!*

Abrindo o debate, Dr. Lucas Machado começou elogiando a fala de Dr. Elsimar Coutinho (que havia, de fato, divertido a platéia) e disse que, mesmo estando *de pleno acordo que a menstruação deve ser tudo isso que ele falou*, iria lançar um livro com o título *Menstruação, a sangria inevitável*. Retomando, então, o livro de Coutinho, Machado citou as dez formas de obter a supressão da menstruação sugeridas pelo autor, todas fundamentadas em procedimentos cirúrgicos ou contraceptivos hormonais sobre os quais,

segundo ele, caberiam discussões sobre os riscos e efeitos colaterais – o que, a princípio, não era o propósito do debate.

Reconhecendo que a menstruação deve ser algo desagradável, ele acha que, se alguma paciente não quiser menstruar, terá que fazer uma dessas opções colocadas por Coutinho, e terá que *calcular benefícios e riscos*. Mas, apesar dessa característica incômoda da menstruação, Dr. Lucas Machado, numa resposta que também causou muitos risos na platéia, defendeu que recomendaria, *para aquelas que estão sangrando, estão menstruando, que podem continuar menstruando porque não tem risco de urso, piranha ou tigre atacá-las*. Insistiu sobre a importância de discutir o que será feito para a paciente menstruar ou não menstruar e de que, não sendo nem a favor, nem contra, o necessário seria *individualizar a paciente*.

Respondendo a essas questões, Coutinho argumentou que não impõe a suas pacientes nenhum método específico, embora ele utilize bastante os implantes à base de *elcometrina* que desenvolveu. Falando sobre os efeitos colaterais desses métodos, ele disse: *eu não nego à paciente qualquer tipo de efeito colateral e a paciente vai experimentar. Se depois de três meses ela ganhou peso, ela não vai querer continuar*.

Falando sobre um outro congresso, onde teria circulado a informação de que *quanto maior o número de ciclos menstruais, maior a incidência de cânceres femininos*, Dr. Coutinho defende que as mulheres são expostas a uma *overdose de estrogênios* que não seriam produzidos *para ela ovular, não (...) [pois] para ela ovular precisa de muito pouco estrogênio. Aquela overdose é para ela atrair machos à distância no mundo animal*. E esse seria mais um motivo para suspender os ciclos menstruais.

Outros ginecologistas manifestaram-se durante o debate, principalmente para contestar algumas das posições apresentadas pelo Dr. Elsimar Coutinho. De fato, a sessão apresentou vários *pontos e contrapontos* sobre a questão da menstruação e, conseqüentemente, dos pressupostos que fundamentam o pensamento científico sobre reprodução e fertilidade dos seres humanos.

Nessa sessão e no fórum sobre a TPM, dois sentidos de natureza foram re-apresentados. Na fala de algumas médicas durante o fórum, a manutenção das menstruações era pensada como uma forma de preservar a natureza feminina das

intervenções hormonais provocadas por alguns contraceptivos. Na fala de Dr. Elsimar Coutinho, a relação entre natureza e menstruação é invertida – o médico dedica-se a demonstrar que a menstruação é resultado da vida em sociedade e que, portanto, os argumentos para preservá-la não podem apelar para seu caráter natural. Deixando de falar sobre os métodos contraceptivos da forma mais comumente colocada nas outras atividades - isto é, em função de seus benefícios e riscos - o médico baiano lançou mão de narrativas míticas que compõem parte do repertório simbólico de alguns cientistas, particularmente os que se filiam a correntes evolucionistas e sociobiológicas, para as quais o conceito de natureza é fundamental, visando justificar através daquelas narrativas o uso da supressão da menstruação.

Os diferentes sentidos atribuídos à natureza nesse debate compõem, portanto, uma re-apresentação da menstruação através da qual revelam-se também concepções sobre o ser humano (no caso, concepções de gênero, corporalidade e reprodução) e sobre a produção das tecnologias (como a contracepção), assim como um contexto social (composto pelos ginecologistas, laboratórios, pacientes e contraceptivos).

## CAPÍTULO 3

### O DEBATE SOBRE A SUPRESSÃO DA MENSTRUACÃO RE-APRESENTANDO NATUREZA E CULTURA

*No manifesto, Haraway argumenta que o ciborgue – uma fusão de animal e máquina – joga para a lata do lixo as grandes oposições entre natureza e cultura, self e mundo, que atravessam grande parte de nosso pensamento. Porque isso é importante? Em conversas, quando as pessoas descrevem algo como sendo "natural", elas estão dizendo que "é assim que o mundo é, não podemos mudá-lo".*  
(Kunzru 2000:28)

*...we need to understand science and technology with all its tensions and ambiguities (...) bodies and technologies are not unequivocally determined by nature.*  
(Oudshoorn 1990: 151)

Os conceitos de natureza e cultura e as relações, inclusive históricas, que revelam têm sido objetos de reflexão principalmente a partir do Iluminismo. Alguns autores dedicaram-se a criticar a dinâmica de construção desses conceitos em dicotomias, procurando perceber as distinções de gênero que foram apresentadas através desse processo e chamando atenção principalmente para os interesses ideológicos dessas construções.

O estudo de Fabíola Rohden sobre a constituição de uma *ciência da diferença* no Brasil do século XIX - representada pelas especialidades Ginecologia e Obstetrícia - mostra como concepções relativas à reprodução biológica e à fertilidade fundamentaram a construção e sustentação de distinções de gênero. Segundo a autora, *a medicina e, em particular as especialidades dedicadas à mulher e à reprodução, como é o caso da ginecologia, se converteram em uma verdadeira 'ciência da diferença'. O argumento principal, que perpassa boa parte dos trabalhos da época e também justifica as intervenções concretas, diz respeito a uma distinção natural, de caráter biológico e predeterminado, entre os sexos* (Rohden 2001:12).

Os conceitos de *natureza e cultura*, conforme a autora demonstra, foram acionados pelos sujeitos com a intenção de operar essa diferenciação. A associação natural das mulheres com a maternidade funcionava como uma justificativa para a determinação de

suas atividades sociais: a mulher era naturalmente designada para ser mãe e esposa. Embora em muitos dos discursos médicos, analisados por Fabíola Rohden, a natureza seja tomada como determinante das expectativas sociais relativas à mulher, algumas das tensões perceptíveis na forma como os conceitos de natureza e cultura eram acionados nesses discursos evidenciam que se tratava, na verdade, de embates em busca da atribuição dessa determinação:

*(...) apesar de natural, biológica e predeterminada, a diferença mostrava-se também instável e passível de ameaças. Intervenções originadas no mundo da cultura, como a educação e o trabalho, poderiam alterar e mesmo 'perverter' a diferença tida como natural. Quando nos detemos com cuidado nos textos médicos, percebemos que ser natural não significava necessariamente ser definitivo ou estar garantido a priori. É exatamente em virtude dessa tensão que os médicos se preocuparão em 'proteger' o processo de concretização da diferença (Rohden 2001:12).*

Segundo Maurice e Jean Bloch, o Iluminismo foi o período em que a noção de oposição entre natureza e o estado de sociedade ou de educação ganhou uma grande proeminência (Bloch & Bloch 1980:27). Para os autores, as idéias que começaram a ser delineadas e defendidas no século XVIII são relevantes para entender os significados da conceituação de gênero nos processos ideológicos (idem, p.40).

Essas intenções ideológicas podiam ser percebidas em discursos como o produzido por Dr. Roussel, por exemplo, defendendo que a natureza já teria feito o suficiente para a mulher ao dotá-la da capacidade da maternidade. Seria, segundo ele, uma ofensa abrir mão dessa dádiva engajando-se em atividades intelectuais: estas deveriam ser deixadas para os homens.<sup>115</sup> A associação das mulheres com a maternidade biológica e processos corporais femininos *naturais* funcionaria, então, para justificar a subordinação feminina nas esferas política e intelectual.<sup>116</sup>

No entanto, segundo os Bloch, as oposições entre natureza e cultura não se constituíam em uma dicotomia fixa. Os sentidos de natural e cultural, desde então, sofriam deslizamentos contextuais, dependendo da intenção ideológica dos sujeitos que os enunciavam e do contexto de enunciação.

---

<sup>115</sup> Tradução livre: *Système physique et moral de la femme*, 1784 apud Bloch & Bloch, 1980:33.

(...) *nature is at bottom a category of challenge rather than an element in a binary contrast* (Bloch & Bloch 1980:31).

Tendo também essas ambigüidades inerentes aos conceitos em vista, Ludmilla Jordanova, que explora as distinções entre natureza e cultura no discurso médico dos séculos XVIII e XIX na França e Inglaterra, defende:

(...) *our project is not to search for neat consistent ideological structures, but through the contradictions, tensions and paradoxes to find patterns we can understand* (Jordanova 1980:45).

Para a autora, o conceito de natureza no contexto analisado por ela poderia ser pensado em dois sentidos. Em um deles, como parte do mundo que os seres humanos estavam entendendo, dominando e transformando em seus. Nesse sentido, o trabalho de Michelet, de acordo com ela um herdeiro da tradição iluminista, seria emblemático. Para ele, as mulheres (assim como a natureza) não eram imprevisíveis: estariam tão subsumidas nas leis naturais, expressas por exemplo através dos ciclos menstruais, que seria possível para uma pessoa bem treinada, ao olhá-la, dizer seu estado de mente e corpo (Jordanova 1980:66). Para Michelet, portanto, a menstruação estaria relacionada à natureza feminina e às leis naturais apreensíveis pela ciência.<sup>117</sup>

Embora a menstruação esteja, neste exemplo citado por Jordanova, associada à natureza, seria, ainda, possível pensá-la como social. Ao analisar uma das primeiras teses publicadas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, do médico João das Chagas Andrade, em 1839, Fabíola Rohden indica que a associação da menstruação à natureza ou à sociedade estava sendo construída e debatida. Segundo os argumentos defendidos na tese de Andrade, conforme a autora:

*A menstruação é percebida como o complemento [... do] maravilhoso trabalho da natureza. Está associada com a fertilidade. Seria nos dias próximos ao período menstrual que a fecundação se daria com mais facilidade. O fluxo, também conhecido com os nomes de regras, luas, flores, purgações, trabalhos, épocas, pode ser considerado como a*

---

<sup>116</sup> O trabalho de Fabíola Rohden também oferece numerosos exemplos dessas associações.

<sup>117</sup> No outro sentido, a natureza seria algo perigoso e selvagem, que ainda não tinha sido penetrado pelo homem. Nas mulheres, corresponderia ao domínio das emoções e das paixões. Uma natureza que, em função

*verdadeira bússola da boa ou má saúde da mulher. E embora o francês Roussel tenha afirmado, no século XVIII, que a menstruação é social, ou seja, somente as mulheres de sociedades civilizadas com uma boa alimentação expelem o excesso de nutrientes por meio dessa evacuação mensal, Andrade afirma que se trata de um fenômeno universal (Rohden 2001:103-104).*

A *universalidade* do fenômeno e a sua associação com a capacidade reprodutiva da mulher colaboraram na atribuição de um dos sentidos de natural para a menstruação. Sentido que, como veremos adiante, continua sendo acionado em algumas das falas sobre a sua supressão com os atuais contraceptivos hormonais.<sup>118</sup>

Esse sentido de natureza evocado por Jordanova para entender as associações com os ciclos menstruais teria, também, justificado a constituição da medicina como ciência e técnica, permitindo que os homens tomassem poder sobre aquele que teria sido, até então, um campo primariamente feminino: a reprodução. Jordanova exemplifica bem este embate de forças através da disputa entre médicos e parteiras a partir da segunda metade do século XVIII, sustentada pela intenção dos primeiros em associar medicina e tecnologia, pertencentes a um domínio essencialmente masculino, à idéia (positivamente valorizada) de modernidade, e distingui-las dos tradicionais saberes das parteiras, cujos atos passaram a ser caracterizados como perigosos e ignorantes. É possível, então, como pretendia a autora, perceber algumas das *metáforas sexuais* que fundamentaram as concepções defendidas pela ciência e medicina: a ciência masculina penetrando a desconhecida natureza feminina, bem como as relações sociais (de dominação e subordinação) que essas metáforas (re)produziam.

---

do seu potencial perigo, precisa ser controlada racionalmente – papel reservado, então, aos maridos e médicos.

<sup>118</sup> Quanto à questão da universalidade como característica da natureza e da legitimidade do discurso científico, cabe apenas lembrar a crítica de Oudshoorn, ao dizer que as ciências são universais porque circulam e não o contrário (circulam porque são universais) (Oudshoorn 1990).

## DOS SEIOS AOS HORMÔNIOS SEXUAIS: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS SOBRE O CORPO

Nas ciências biomédicas do século XVIII, segundo Jordanova, corpo e mente não configuravam categorias distintas: as dimensões para se entender o ser humano eram tanto biológicas, como psicológicas e sociais. Assim, a importância do estilo de vida e ocupação ou trabalho do *paciente* na determinação do seu padrão de saúde era fundamental. O trabalho da mulher estava enraizado na consequência de suas *funções reprodutivas*. Os seios chamavam a atenção de médicos e ginecologistas deste século, como diz Jordanova:

*Discussing the beauty of the breast in the same breath as its vital nutritive function was not undisciplined confusion but indicative of the conflation of social and physiological functions. The breast was good, both morally and biologically hence its attractiveness and the resultant sociability between sexes* (Jordanova 1980:50).

Corpo e mente não eram, portanto, vistos como atributos separados no fim do século dezoito, como teriam passado a ser posteriormente:

*Eighteenth century physiology was based upon necessary links between biological, psychological and social phenomena, not on the anatomical organs of reproduction alone* (Jordanova 1980:49).

Com o início do desenvolvimento da ginecologia no século XIX, conforme aponta Oudshoorn, as atenções passam a se concentrar em órgãos – útero, na primeira metade do século e, posteriormente, nos ovários – ainda fundamentalmente representativos das funções reprodutivas da mulher. O foco no estudo intensivo desses órgãos fazia parte da busca pelo órgão feminino *par excellence*. Segundo a autora, a *essência da feminilidade* e as distinções de gênero foram atribuídas, a partir do início do século XX, aos hormônios sexuais. O corpo feminino (mais do que o masculino) passou a ser entendido como completamente controlado pelos hormônios, e o estrógeno e a progesterona, hormônios femininos, vieram ainda a se tornar, no fim do século XX, as drogas mais amplamente usadas na história da medicina (Oudshoorn 1990:8-9).

Uma das conseqüências do pensamento dicotômico na medicina (natureza x cultura) foi a gradual separação e enfoque sobre fenômenos que passaram a ser entendidos como biológicos, observáveis e passíveis de intervenção médica. Esse paradigma fundamentou o entendimento dos processos corporais relativos a determinados órgãos ou sistemas do corpo humano ao mesmo tempo em que tais divisões acabaram cunhando os limites entre diferentes áreas de especialização que transformaram a medicina ocidental em um campo altamente fragmentado.<sup>119</sup>

A nova abordagem *bioquímica* adotada pelas ciências médicas para entender o corpo humano – e principalmente o corpo feminino – difere das abordagens anteriores, nas quais a feminilidade estava localizada em órgãos específicos. Os hormônios circulam através do corpo, fazendo as conexões entre aqueles mesmos órgãos que anteriormente eram pontos focais da feminilidade, explicando a sua dinâmica e até provocando as interações entre eles. Embora os ovários continuem sendo os órgãos produtores dos hormônios e, portanto, fundamentais para os processos corporais em questão, o foco da feminilidade é descentralizado e deslocado dos órgãos para as moléculas bioquímicas dos hormônios.

A atenção dos ginecologistas e endocrinologistas sexuais ao tratar desses hormônios, contudo, continuou pautada pelos processos relativos à fertilidade e reprodução biológica, como pudemos perceber nas discussões que são travadas nos congressos médicos. Ainda que a constituição do campo da medicina ao longo do século XX tenha implicado, então, um investimento na separação entre corpo e mente (e mesmo entre os órgãos, agrupados em sistemas), os valores atribuídos à maternidade biológica continuam orientando a construção do conhecimento médico sobre o corpo feminino. São estudadas as conexões relativas à ação dos hormônios em determinados órgãos e em função de determinadas questões, como

---

<sup>119</sup> A distinção entre corpo e mente é criticada pelo Dr. Eliezer Berenstein: *A ciência médica ainda considera corpo e mente como entidades distintas. Dessa forma, ensina-se aos estudantes quais são as doenças e não como são os doentes ou como eles adoeceram* (Berenstein 2001:45). Da mesma forma, os apresentadores do curso de Psicossomática em Ginecologia e Obstetrícia, ministrado durante o 49º CBGO, procuraram criticar a abordagem tradicional dessas áreas da medicina, alegando que esta procura olhar apenas para partes sem considerar o todo e que geralmente desconsidera os fatores psíquicos e sociais, concentrando-se apenas nos dados biológicos do/a paciente.

a da fertilidade e da maternidade biológica. Pouco se sabe, por outro lado, sobre a influência dos contraceptivos hormonais sobre a sexualidade feminina.<sup>120</sup>

Uma das principais diferenças entre a ginecologia praticada nos séculos XVIII e XIX e a que começa a se constituir no século XX é que a segunda se desenvolve em conjunto com o campo da indústria farmacêutica hormonal. A capacidade de processamento e produção de hormônios em larga escala pelas indústrias farmacêuticas e a sua interação com o campo médico possibilitaram que as discussões sobre o uso de hormônios adquirissem um grau de cientificidade, além de permitir que fossem introduzidos como produtos / medicamentos no mercado.

## EMBATES ENTRE NATUREZA E CULTURA

O conhecimento sobre os mecanismos bioquímicos da fertilidade feminina foi construído em conjunto com a produção desses medicamentos, como demonstrou Nelly Oudshoorn. Nesse processo, conceitos como os de natureza e cultura, que outrora fundamentaram o conhecimento e as práticas médicas foram e continuam sendo re-apresentados.<sup>121</sup>

Com relação ao uso desses conceitos, é importante ressaltar que, como apontou Carol MacCormack, as idéias de natureza e cultura, que fundamentam o pensamento europeu sobre as origens e evolução dos seres humanos, não estão livres de valor. O mito da natureza faz parte de um sistema de signos arbitrários, constituídos através da construção de um consenso social sobre seus significados. Ao mesmo tempo em que os significados de natureza foram sendo definidos, a cultura passou a ser pensada e constituída como o

---

<sup>120</sup> Pouco se sabe sobre a própria sexualidade feminina, ao contrário da masculina, para a qual já foi criado um dos medicamentos mais comentados e vendidos pela indústria farmacêutica, o Viagra®. No 49º CBGO uma conferência teve como tema a relação entre hormônios e sexualidade. A ausência de conhecimento sobre essa relação foi uma das discussões desenvolvidas.

<sup>121</sup> Novamente, uso o conceito de re-apresentação no sentido cunhado por Daniel de Coppet, incorporando a peculiaridade dada pelo contexto social em que as relações sociais acontecem, tendo em vista as hierarquias de valor que são colocadas em jogo (De Coppet 1992).

investimento humano na tentativa de controlar as suas intempéries. A associação das mulheres ao domínio da natureza, da mesma forma, permitiu a construção de argumentos que justificavam relações de dominação e subordinação. De acordo com MacCormack,

*The myth in its present form reflects the faith of industrial society that society is produced by enterprising activity. Sahlins has expressed the opinion that "development from a Hobbesian state of nature is the origin myth of Western capitalism"<sup>122</sup> (...) When women are defined as "natural" a high prestige or even moral "goodness" is attached to men's domination over women, analogous to the "goodness" of human domination of natural energy sources or the libidinal energy of individuals (MacCormack 1980:6).*

O livro organizado por Strathern e MacCormack, *Nature, Culture and Gender*, foi concebido, segundo as autoras, na busca de encontrar uma resposta diferente para a equação natureza : cultura :: mulher : homem, tal como proposta por Sherry Ortner. Segundo esta autora, as mulheres estariam mais próximas da natureza que os homens em função da sua capacidade reprodutiva e essa associação explicaria a subordinação universalmente observada a que as mulheres estavam submetidas (Ortner 1979). Embora concordem com a importância dos conceitos de natureza e cultura para o pensamento ocidental, as autoras dedicam-se a discutir essa equação através da investigação de outros casos empíricos, e apontam já no início da discussão que, para analisar os conceitos de natureza e cultura não se deve tomá-los, como se costumava fazer, como instrumentos analíticos, e sim pensá-los como categorias êmicas.

A relação entre masculino e feminino, assim como a relação entre natureza e cultura é pensada pelos euro-americanos a partir de oposições hierárquicas, aponta Strathern. A relação entre feminino e natureza, ambas na posição menos valorizada da hierarquia, é bastante saliente em nossa sociedade (Strathern 1980:183-185). Segundo a autora, ao falar do contraste entre natureza e cultura, fala-se também dessas relações de dominação e subordinação:

---

<sup>122</sup> Sahlins, Marshall (1976) *Culture and Practical Reason*. Chicago, University of Chicago Press.

(...) 'we' use a hierarchical contrast between nature and culture itself to talk about relations internal to society, predicated on notions of transformation and process that see society as 'produced' out of the natural environment / individuals (Strathern, 1980:182).

As autoras criticam o uso dicotômico desses conceitos, sustentando que não se pode afirmar que *natureza* e *cultura* têm significados fixos e valores diferenciais determinados. Elas são, como sugere Carol MacCormack, palavras *polissêmicas*, que desde o século dezoito apresentam-se com significados ambíguos e contraditórios. MacCormack critica a utilização da metáfora da natureza como verdade literal: *a metáfora, segundo ela, está baseada em um significado figurado, e não literal, de uma palavra, portanto seu significado pode ser modelado ou estendido através da metáfora. Mulheres menstruadas, exemplifica a autora, têm ciclicidade assim como a natureza, entretanto são selvagens e indomáveis. Mas a selvageria pode ser também um significado implícito da masculinidade. Porque a metáfora está baseada na natureza polissêmica e aberta das palavras, ela tem um grande potencial para contradição e para "re-descrever a realidade" e não deve ser tomada como verdade em nenhum sentido literal* (MacCormack 1980:9).<sup>123</sup>

Da mesma forma, Marylin Strathern, no artigo *No Nature, No Culture: The Hagen Case*, defende que *não existe algo como natureza e cultura, (...) nenhum significado único pode ser dado a natureza e cultura no pensamento ocidental; não há uma dicotomia consistente, apenas uma matriz de contrastes* (MacCormack 1980:177). A autora critica a apropriação dessas categorias como analíticas e enxerga, nessa atribuição, uma *intenção ideológica de produzir uma dicotomia (natureza x cultura) a partir de um conjunto de combinações (todos os significados que natureza e cultura têm em nossa cultura, ricos em ambigüidade semântica)*. A lógica desse processo intencional seria a mesma que cria *oposição a partir da diferença* (Strathern 1980:179).

Os conceitos de natureza e cultura, pelo contrário, comportam muito mais do que os significados dados em cada uma dessas dicotomias.<sup>124</sup> Seu uso em oposições dicotômicas e hierárquicas estaria, segundo ela, relacionado à necessidade de atribuir valores

---

<sup>123</sup> Tradução livre.

<sup>124</sup> A necessidade de redefinição relacional das categorias de natureza e cultura é, também, o argumento de Eduardo Viveiros de Castro ao tratar do que ele chama *perspectivismo ameríndio* (Viveiros de Castro 1996).

ideologicamente determinados e reproduzir (ou re-apresentar, no sentido dado por De Coppel) relações sociais hierarquizadas:

*(...) in our own thought nature and culture cannot be resolved into a single dichotomy. (...) Culture is both the creative subject and the finished object; nature both resource and limitation, amenable to alteration and operating under laws of its own. It is rather like a prism that yields different patterns as it is turned – through it at times either nature or culture may be seen as the encapsulated or the encapsulating element (Strathern, 1980:178-179).*

O caso Hagen, estudado por Strathern, configura um exemplo através do qual a autora sustenta a idéia de que a relação entre natureza e cultura no pensamento euro-americano fala de tensões e hierarquias sociais. A relação entre os termos Hagen *mbo* (doméstico) e *romi* (selvagem), assim como a forma pela qual os “Hagenianos” entendem gênero, não corresponderiam aos termos natureza e cultura nem tampouco às relações entre eles, tal como as concebemos na cultura ocidental.<sup>125</sup> Portanto, não somente os conceitos de natureza e cultura, quando operantes, apresentam-se através de uma matriz de contrastes, que é variável em cada contexto, como também a tensão entre os domínios aos quais estes conceitos podem se referir são diferentes:

*Mbo and romi are in an antithetical rather than a hierarchical, processual relationship. The domestic domain is not seen as colonizing the wild; the development of social consciousness in persons is not represented as culture transcending nature (Strathern 1980:218).*

A partir dessa discussão é possível pensar os debates sobre a supressão da menstruação procurando, em primeiro lugar, tratar as dicotomias relativas aos conceitos de natureza e cultura como êmicas e, em segundo, encontrar as tensões e hierarquias relativas ao contexto social que permite que esses conceitos sejam acionados.

---

<sup>125</sup> *Similar to the domestic-wild distinction, physiological differences constitutive of the person are regarded as innate and axiomatic, not subject to human intervention. Yet, insofar as aspects of gender behavior can also be regarded as ‘created’ or actively sustained by individual action, certain other distinctions between male and female hold a very different epistemological status (Strathern 1980:191).*

## SENTIDOS DE NATUREZA NOS DEBATES SOBRE A CONTRACEPÇÃO E A MENSTRUÇÃO

O caso Abel Parente, tal como descrito por Fabíola Rohden, fornece um bom exemplo de como a introdução de tecnologias ou metodologias de controle do processo de reprodução desencadeou o uso ideológico da noção de natureza. Abel Parente, médico italiano radicado no Rio de Janeiro, foi pioneiro na adoção de técnicas para a esterilização feminina no final do século XIX. As críticas por parte da comunidade médica da época faziam referência à associação da mulher com a natureza:

*(...) a natureza criou no organismo feminino condições e elementos especiais, proporcionais ao papel que as mulheres representam na sociedade como mulher e mãe (...) suprimi-las [as funções ovarianas] seria uma audácia de um louco; porque seria querer antepor-se à natureza, o que é um absurdo* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:22-25 apud Rohden 2001:163).

Segundo a autora, *as mulheres que abdicavam do papel de mãe e esposa em prol de uma profissão teriam (...) sido muitas vezes definidas como doentes. O contexto de grandes mudanças na ordem social, política e econômica do século XIX fazia com que a distinção entre natureza e cultura e a associação da mulher com a natureza se tornassem um argumento de particular importância* (Rohden 2001:199).

Tal a importância, que seus idealizadores, preocupados com a supressão da menstruação resultante da ingestão contínua dos hormônios dos primeiros contraceptivos hormonais, resolveram dimensionar o regime de medicação para o modelo de 21 dias de pílula e sete dias de pausa ou placebo. Este regime, como aponta Oudshoorn, era também *modelado pelas objeções morais a quaisquer drogas que interferissem na menstruação*. Segundo ela, o próprio diretor do centro de pesquisa biológica fez questão de enfatizar para Pincus, um dos idealizadores da pílula, que *ele não queria fazer parte do desenvolvimento de nenhum composto que pudesse interferir no ciclo menstrual* (Oudshoorn 1990:120-121).<sup>126</sup>

---

<sup>126</sup> Tradução livre.

Pincus e Rock dedicaram-se, então a incorporar na pílula uma forma de *mimetizar a natureza* (que fizesse com que as mulheres mantivessem seus sangramentos menstruais) e procuraram, em seguida, enfatizar que a pílula não ia contra a natureza, usando para tanto a própria natureza como argumento:

*Today, more than one million women of many countries are taking the pills, not simply because of their great effectiveness but also because they provide a natural means of fertility control such as nature uses after ovulation and during pregnancy.*<sup>127</sup>

Para Oudshoorn, a formatação do regime de administração da primeira pílula exemplifica como as tecnologias médicas foram modificadas para atender as necessidades dos seus usuários, bem como as atitudes morais relativas à intervenção na natureza (Oudshoorn 1990:121). Segundo Malcolm Gladwell, uma das atitudes pautando essa formulação era o pertencimento de John Rock à Igreja Católica e a sua conseqüente preocupação com a construção de um método contraceptivo que não contrariasse os preceitos da sua doutrina, dentre os quais estava a defesa da manutenção dos processos naturais do corpo e, principalmente, da reprodução humana. Pensando a pílula em contraposição a métodos mais *artificiais* como o uso de espermicida, diafragma e esterilização, desaconselhados pela Igreja por irem contra a natureza, Rock teria de fato acreditado que, por utilizar os ingredientes que são naturalmente produzidos pelo corpo (hormônios), a pílula poderia ser entendida como um *adjunto da natureza* (Gladwell 2000).

Apesar desse esforço inicial em enfatizar a naturalidade da pílula contraceptiva, o sangramento proveniente da interrupção de sete dias na pílula é entendido atualmente por alguns médicos como artificial, em oposição à menstruação que resulta do ciclo menstrual *normal* da mulher. Além dos exemplos apontados nos capítulos anteriores, uma outra demonstração dessa concepção pode ser percebida no depoimento do Dr. Nelson Soucasaux, em um fórum de discussão sobre sexualidade na internet:

*(...) tornam-se necessárias algumas explicações acerca do funcionamento dos contraceptivos orais. A "pílula", que é o melhor e o mais seguro de todos os métodos contraceptivos, age através de um bloqueio reversível da função ovariana, por interferir no eixo hipotálamo-hipófise-ovários. As menstruações que vêm após cada série de uso dos*

*anticoncepcionais orais não são menstruações naturais, visto que o ciclo ovariano encontra-se abolido durante o seu uso. Elas são artificiais, devendo-se à queda nos níveis dos estrogênios e progestogênios sintéticos contidos na "pílula", queda esta causada pela interrupção no seu uso ao final de cada série de 21 comprimidos. Isto imita o que ocorre com os hormônios ovarianos naturais ao final de cada ciclo fisiológico* (Soucasaux 2000).

Os contraceptivos hormonais podem, então, ser entendidos como uma intervenção humana no funcionamento *normal* ou *natural* do corpo feminino. A pílula contraceptiva, mesmo quando tomada com o intervalo de 7 dias, produz um sangramento que é definido como *artificial* por alguns médicos e pacientes.<sup>128</sup> No entanto, essa artificialidade produzida pela contracepção hormonal não é tão enfatizada para (e pelas) pacientes como quando a pílula suprime os sangramentos menstruais.

Como apontei no primeiro capítulo, os resultados da pesquisa realizada por Dr. Rogério Machado sobre a *percepção do sangramento menstrual entre usuárias de contraceptivos orais combinados* indicam que a maioria das mulheres que preferem manter os sangramentos mensais justifica essa preferência como uma *tentativa de se aproximar do natural*. A supressão da menstruação pelo uso contínuo da pílula funcionaria, portanto, cancelando a anteriormente programada mimese da natureza – que reproduzia a menstruação – permitindo, assim, que a contracepção seja conceituada como uma indesejável ou questionável artificialidade.<sup>129</sup>

Para o Dr. Elsimar Coutinho, o que teria condicionado os laboratórios farmacêuticos a produzir pílulas anticoncepcionais o mais parecidas com o ciclo menstrual possível seria a idéia corrente (e equivocada) de que *menstruar faz bem*. Com isso, defende Coutinho, os laboratórios buscavam a maior aderência das pacientes aos métodos propostos. Um método contraceptivo hormonal que provocasse a suspensão dos sangramentos menstruais seria questionado, então, em função dessa *conotação positiva* da menstruação. Coutinho diz ter

---

<sup>127</sup> Rock, John *The time has come: a catholic doctor's proposals to end the battle over birth control*. New York, Alfred A. Knopf, 1963, pág. 167 apud Oudshoorn, 1990:121.

<sup>128</sup> Como pude constatar na minha monografia de graduação. Dois dos cinco médicos entrevistados enfatizaram essa artificialidade do sangramento com a pílula (Manica 2000).

<sup>129</sup> Um dos médicos cuja entrevista é citada na minha monografia de graduação define-se como *meio naturalista* e diz que não recomenda a utilização dos métodos hormonais por muito tempo porque acha que as mulheres precisam ter *ciclos por sua conta*, ou seja, sem o uso de hormônios que os alterem. Sugere, então, às suas pacientes, que façam uma pausa a cada seis meses ou uma vez por ano, para que possam ter esses ciclos por sua conta (Manica 2000:46).

enfrentado essa resistência aos contraceptivos que provocam a supressão da menstruação desde a década de 60, quando descobriu, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, a ação da *medroxiprogesterona* para a contracepção e a inibição da menstruação. Seu livro é uma resposta a essa associação da menstruação à natureza.

Além de apontarem para a *conotação positiva* da menstruação, os argumentos contra a disseminação dos contraceptivos desenvolvidos por Dr. Coutinho estariam pautados, segundo deixa transparecer em seu livro, pela associação da menstruação à feminilidade. O seguinte episódio, relatado por ele, evidencia como além dos argumentos baseados na natureza, a utilização de hormônios incita também uma discussão sobre a intervenção na feminilidade.

Elsimar Coutinho diz ter sido acusado pela AMERJ (Associação Médica do Rio de Janeiro) de que a utilização de um derivado da *progesterona* associado a um derivado da *19-nor-testosterona* transformaria as mulheres em homens. Segundo ele, o presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia, Thomaz Cruz, *respondeu à acusação ensinando aos acusadores que a 19-nor-testosterona, ao contrário da testosterona, que é o hormônio masculino, não tem nenhum efeito masculinizante e que não menstruar não masculiniza a mulher*. Atualmente, segundo Coutinho, *apesar da enorme resistência ao produto, que culminou numa CPI no congresso norte-americano, essa droga é usada por mais de 10 milhões de mulheres que se beneficiam dos longos períodos livres de menstruação* (Coutinho 1996:20).

Procurando, em seu livro, desconstruir a conotação positiva da menstruação, classificando-a como precursora de várias doenças e defendendo que se trata de uma sangria inútil, ele se dedica a mostrar, então, que a menstruação não está associada à natureza, como defenderam alguns médicos.

Ao contrário de Dr. Elsimar Coutinho, Dr. Nelson Soucasaux defende a relação entre feminilidade e menstruação, sustentando que o desejo pela supressão da menstruação seria a manifestação de uma rejeição psicológica das mulheres à sua feminilidade. Ao responder uma questão sobre a utilização ininterrupta da pílula anticoncepcional para suprimir a menstruação num fórum de discussões sobre saúde e sexualidade na internet, Soucasaux reprova a utilização desses contraceptivos:

*Há (...) um motivo não-médico que também vem sendo usado para reforçar este novo "modismo" de abolir as menstruações através do uso ininterrupto da "pílula": é a rejeição psicológica que algumas mulheres manifestam por este sangramento uterino cíclico que é a menstruação - mesmo quando assintomático e inteiramente normal sob o ponto de vista médico. Aqui trata-se de uma inadaptação de um grupo de mulheres à um dos traços mais característicos da fisiologia feminina - traço este que é a principal manifestação externa do típico caráter cíclico da natureza da mulher (Soucasaux 2000).*

Um fórum de discussão na internet sobre a questão da supressão da menstruação foi organizado por Isabel Vasconcellos, apresentadora do programa *Saúde Feminina*, exibido diariamente pela Rede Mulher de Televisão. Após receber em seu programa alguns ginecologistas para falar sobre temas relacionados à saúde da mulher, a apresentadora disponibilizou na sua página da internet uma discussão sobre a *Polêmica: menstruar ou não?*, em que questiona a relação entre comportamento e hormônios, menstruação e feminilidade, e apresenta respostas dadas por alguns desses ginecologistas às suas questões (Vasconcellos 2001).

A única médica mulher a declarar sua opinião nesse fórum de discussão foi Dra. Maria Helena Pacheco, diretora do IML. A menstruação é, por ela, também relacionada à feminilidade e, apesar de incômoda para algumas mulheres, é entendida como algo desejado por elas. O que para outros ginecologistas é entendido como *natural* – os ciclos menstruais – é pensado por ela como algo *bolado por Deus* e que, por isso, não deve sofrer interferência desnecessária.

*Minha opinião sobre menstruar ou não:*

*Do ponto de vista psicológico - Para cada mulher, existe um tipo de incômodo, assim sendo, para muitas mulheres o incômodo é ficar "incomodada", porém, para muitas, o incômodo é exatamente não ficar "incomodada". Muitas mulheres, sentem-se menos femininas se não menstruarem, sentem-se tensas, menos desejadas, envelhecidas, etc. Outras preferem não menstruar, porém, só se houver um motivo relevante, como uma viagem com o namorado, umas férias na praia. Só que querem voltar a menstruar assim que voltarem. O que realmente pode incomodar as mulheres são as cólicas pré menstruais,*

*mas até isso muitas consideram o maior charme, inclusive para seus companheiros. Dificilmente vamos encontrar uma mulher que não queira menstruar.*

*Do ponto de vista hormonal - Considero que os ciclos hormonais da mulher são muito bem bolados por Deus, só devendo ser tratados com hormônios os ciclos irregulares que alguma paciente apresente.*

*Do ponto de vista econômico - não sei o que é mais barato se os absorventes ou se os hormônios inibidores de menstruação.*

*Enfim, como dizem os franceses "na medicina e no amor, nem jamais, nem sempre" (Pacheco 2001).*

Outro médico que defende essa associação comum da menstruação à natureza é o Dr. César Eduardo Fernandes. Segundo ele, se não há nenhum transtorno relacionado a ela, a menstruação deve ser mantida:

*A menstruação representa para as mulheres que elas estão bem e que o seu organismo está funcionando normalmente.*

*Quando não existem transtornos relacionados à menstruação, penso que elas devam seguir o seu curso natural.*

*Quando, ao contrário, a menstruação se faz acompanhar de problemas, me parece muito útil a sua interrupção (Fernandes 2001).*

A opinião de Dra. Nazira Scaffi sobre os contraceptivos hormonais, conforme ela defendeu durante o fórum sobre TPM no 49º CBGO também relaciona o ciclo menstrual com mecanismos naturais. Questionada sobre os implantes que suprimem a menstruação, a médica argumentou que prefere adotar metodologias que *interfiram menos no funcionamento natural do organismo* (como a homeopatia), visando devolver a ele seu equilíbrio sem precisar lançar mão de métodos radicais como os que funcionam a base de hormônios.

Comentando a supressão da menstruação e a sua re-classificação nas propagandas de contraceptivos hormonais (no caso, o Norplant®), Solange Dacach e Giselle Israel defendem que *o objeto apresentado enquanto novidade, eficácia, produto importado, grande e última descoberta, aliado à necessidade da contracepção, acoberta ou forja a*

*justificativa da "normalidade" para qualquer efeito colateral. Os ciclos e ritmos da natureza feminina são absolutamente desconsiderados (Dacach e Israel 1993:111).*

Da mesma forma, Dr. Sérgio dos Passos Ramos, ginecologista, enfatiza a associação entre a natureza e a menstruação e pensa os contraceptivos de supressão da menstruação como uma *interferência do ser humano na natureza*, que como tal tem efeitos com os quais o ser humano (a mulher que opta por suprimir a menstruação, no caso), tem que arcar.

*Menstruar ou não menstruar ?*

*Um ditado oriental diz que a água corre da montanha para o mar e que é possível mudar o sentido da corrente do rio, mas... não por muito tempo.*

*É possível evitar que a mulher menstrue. Os medicamentos necessários irão contra a natureza e, sempre que se faz isto, há um preço a pagar.*

*Resta perguntar para as mulheres que não querem menstruar se aceitam os efeitos colaterais desta decisão. Mudança de comportamento, acne, alguns "quilinhos" a mais, e outros que podem aparecer.*

*Na minha opinião somente as mulheres que não podem de maneira alguma menstruar, entre elas as com endometriose ([www.gineco.com.br/endometr.htm](http://www.gineco.com.br/endometr.htm)), cólica menstrual intensa (<http://www.gineco.com.br/colica.htm>), hemorragias e anemias, ou com atividades profissionais especiais é que não deveriam menstruar.*

*Para as outras há terapias hormonais e não hormonais não tão drásticas que diminuem a menstruação e os incômodos da mesma.*

*Uma coisa é verdade: Todas as vezes que o homem alterou a natureza ele pagou um preço. Resta saber se as mulheres querem pagar este preço (Ramos 2001).*

O livro de Dr. Eliezer Berenstein, *A inteligência hormonal da mulher* é um manifesto em defesa da associação entre natureza e ciclos menstruais. O médico e autor busca, com o livro, fornecer uma resposta à questão da contracepção hormonal e da inutilidade do sangramento menstrual, defendida por Dr. Coutinho. Dr. Berenstein propõe-se a *abrir a discussão e esclarecer se esse fenômeno [a menstruação] é uma sangria inútil*

*ou uma grande manifestação da inteligência feminina e parte intrínseca do seu equilíbrio* (Berenstein 2001:16).

Berenstein reconhece que *o conhecimento do funcionamento dos hormônios possibilitou vários avanços louváveis, e o controle da reprodução e os tratamentos para a infertilidade merecem destaque*. Critica, no entanto, o uso de hormônios classificados como masculinos na contracepção hormonal: *... uma porta sombria foi aberta. A aplicação, muito em voga, dos hormônios androgênicos no corpo feminino, para aumentar a libido ou suprimir a menstruação é a grande moda. Mas a idéia de interferir no ciclo menstrual – que a princípio parece ser apenas uma solução prática para um ‘probleminha’ – pode ter conseqüências desastrosas. O uso clínico de hormônios masculinos, principalmente a testosterona, e sua ação no organismo da mulher devem ser avaliados, com sensatez, respeitando as metas da vida* (Berenstein 2001:12).

Uma das metas da vida da mulher, segundo Berenstein, é ter seus ciclos férteis mensais. Seu livro tem como objetivo uma discussão sobre a importância dos hormônios femininos e, para pensar a *feminilidade*, o autor recorre a uma associação com o domínio da natureza, fundamentada na *ciclicidade* atribuída aos ciclos férteis:

*A feminilidade tem como base os ciclos mensais lunares em concordância com o cosmos. Uma mulher menstrua porque esse é um dos componentes de seu gênero. Praticamente tudo é cíclico em sua vida. Fazem-se presentes, além dos ciclos menstruais, o da adolescência, o gravídico-puerperal, da vida adulta, do climatério e, ao final, o da senectude. Os hormônios obedecem a estas fases como a Terra obedece aos ciclos de rotação e translação, que permitem a existência da vida no planeta. E essa particularidade é exclusiva das mulheres em oposição à masculinidade, sempre constante, linear, sem nenhuma alteração. Interferir ou breçar essa ciclicidade é o mesmo que alterar a feminilidade em relação ao cosmos. Transformar mulheres em homens – pois é isso que acontece quando doses maciças de testosterona são aplicadas para interromper o ciclo menstrual – é uma atitude tão machista quanto dizer que mulheres não podem ter cargos de chefia numa empresa por serem diferentes dos homens* (Berenstein 2001:13).

Para o autor, a interferência no domínio natural e cíclico do corpo feminino com a supressão da menstruação altera a feminilidade, podendo até, dependendo dos hormônios

utilizados, *transformar mulheres em homens*. Ao mesmo tempo em que discute os gêneros e efeitos dos hormônios (a testosterona como hormônio masculino e masculinizador) ele propõe uma discussão sobre o corpo feminino, feminilidade e masculinidade e a implicação do uso de contraceptivos hormonais.

Para entender o sistema hormonal humano, principalmente o feminino, o autor utiliza-se da metáfora de uma *orquestra perfeitamente harmônica*:

*Cada acorde é fruto da emissão hormonal de cada molécula, ou instrumento, que compõe a sinfonia. Nenhuma é mais importante que a outra. (...) No organismo humano, a orquestra hormonal também executa vários concertos harmônicos com a sinfonia da natureza ao longo de nossa vida* (Berenstein 2001:18).

O autor passa, então, a estabelecer uma relação entre essa *ciclicidade hormonal feminina* e as ações praticadas pelas mulheres no dia-a-dia. Segundo ele, as mudanças de fases ao longo dos ciclos e o conjunto de hormônios que se combinam dariam à mulher a capacidade de fazer várias coisas ao mesmo tempo:

*É a ciclicidade propiciada pela variação hormonal, a cada mês, uma das responsáveis pela maior adaptabilidade e criatividade inerentes ao sexo feminino, tais como cuidar da casa, dos filhos, e do trabalho, tudo praticamente ao mesmo tempo. (...) Não quer dizer que, para usufruir de todas as vantagens proporcionadas pela múltipla ação hormonal, é preciso menstruar como fenômeno de eliminação de sangue, mas sim ciclar-se mensalmente, apanágio da feminilidade* (Berenstein 2001:25-26).

Segundo Berenstein, além dos sintomas físicos, os hormônios também mexem com o psiquismo, a racionalidade e as emoções. Para demonstrar os efeitos dessa influência, o autor retoma a sua crítica aos tratamentos com testosterona, que provocariam uma *masculinização* das mulheres. Para ele, a mulher que recebe altas doses de testosterona *deixa de produzir prolactina, progesterona, ocitocina e estrógeno e passa a agir sob os efeitos desse andrógeno. Além de perder a proteção natural do seu organismo, pode produzir mais pêlos. Em vários casos documentados pela medicina, seu clitóris cresce de tal maneira que a mulher muitas vezes precisa se submeter a cirurgias para a redução desse órgão*. Berenstein cita o caso de *Patrícia*, que optara por um tratamento com esses hormônios para suprimir a menstruação. Os argumentos que condicionaram essa escolha

eram, segundo ele, *puramente racionais: como não desejava ter outros filhos, a ciclicidade normal do seu organismo era vista como uma coisa inútil. Menstruar, uma chatice* (Berenstein 2001:41). O implante que ela colocou provocou mudanças no seu corpo e comportamento que a transformaram, como ela teria lhe dito em uma consulta, em um *homem chato* (Berenstein 2001:43). A sua conclusão sobre esse caso evidencia a posição do autor em relação ao uso desses hormônios em contraceptivos:

*A ciência terá de levar em conta os valores sutis das emoções ao liberar para uso humano produtos hormonais testados em animais de laboratório. Hormônios, emoções e racionalidade possuem uma relação íntima, só perceptível em seres humanos. Nos animais estas ações só são visíveis pela reprodução. (...)*

*Se a ciência moderna é indispensável para o próximo século, é bom iniciarmos o diálogo mulher-ciência-mídia sobre o futuro da feminologia. Masculinizar a mulher para resolver os desconfortos menstruais pode ser tão perigoso quanto oferecer progesterona aos homens para tratar os desvios de paternidade tais como o abandono de filhos ou ausência de instinto protetor à família* (Berenstein 2001:44).

A abordagem de Berenstein considera a influência dos hormônios não somente sobre as dimensões físicas, mas também sobre questões comportamentais e emocionais do ser humano. É com essas conexões e relações em mente que o autor constrói a sua teoria da *inteligência hormonal*.<sup>130</sup>

Durante a entrevista realizada no 49º Congresso Brasileiro, Berenstein reforçou a importância que atribui à ciclicidade feminina, até no que se refere ao estímulo do desejo sexual dos homens pelas mulheres:

*Eu, particularmente, acho mais interessante uma mulher que menstrua, inclusive porque eu posso achá-la extremamente desejável, mas eu também preciso de um tempo desse desejo, e tenho saudades quando ela volta a não menstruar. E perceber que logo*

---

<sup>130</sup> Dr. Berenstein apresenta, ainda, no livro, uma tabela dividida em duas colunas, uma para feminilidade e outra para masculinidade, em que lista vários tipos (opostos) de características emocionais, físicas e comportamentais, sustentando que as ações sociais estão fundamentalmente pautadas pelo *sexo* da pessoa que as pratica que, por sua vez, é regulado pelos *hormônios* que agem em seu corpo. A partir dessa premissa, o autor sugere que as pessoas (as mulheres, principalmente, tão complexas e cíclicas) busquem um auto-conhecimento, uma conscientização dos fenômenos físico-hormono-emocionais que coordenam suas vidas. A idéia é de que, através desse conhecimento, as pessoas possam encontrar uma harmonia entre as três

*depois dela menstruar ela está fértil e é legal ela estar assim, com um pouquinho de impulso sexual, com todas suas características... Então eu acho interessante alguém com ciclicidade, diferente da minha monotonia masculina.*

Dr. Eliezer ressalta seu auto-reconhecimento como *feminólogo* e não ginecologista, da sua preocupação com a mulher na sua *feminilidade*, e não somente em relação a seus órgãos genitais. Disso decorreriam a sua ausência nos eventos promovidos pelos organizadores dos congressos e seu desinteresse pelos assuntos discutidos em suas mesas, conferências e cursos. Segundo ele, *a ginecologia não considera a mulher como um todo, é um sistema médico cartesiano reducionista, uma veterinária para senhoras*. Apesar de sentir-se à parte dessa *realidade*, Berenstein justifica a sua presença no congresso (estávamos, então, conversando dentro do estande da Organon) dizendo que prefere manter um certo diálogo com esse campo, pois essa seria uma postura mais revolucionária do que se simplesmente fugisse das discussões.

Assim como Elsimar Coutinho, que recorre aos primatas e a uma história *sócio-biológica* da humanidade para demonstrar que a menstruação é um fato social, Eliezer Berenstein se baseia na história de *Lucy*, nome dado por arqueólogos americanos a uma ossada de um ancestral do *Homo sapiens*, o *Australopitecus afarensis*, encontrada em 1974, na Etiópia. Para entender a localização de Lucy na história da humanidade, o autor remonta ao surgimento do universo, com o big-bang, após o qual foram se formando moléculas. Neste planeta, a partir de bactérias formaram-se organismos que, em um dado momento, (...) *passam a se dividir em duas formas, assumindo os gêneros feminino e masculino. Aqui surge a primeira pista da importância dos hormônios, já que desde os primórdios essa divisão aparece nas plantas e, depois, em outros seres vivos. (...) Assim, a reprodução sexuada, com a participação do macho e da fêmea no reino animal e vegetal, é motivada pelos hormônios, cuja meta é nada mais, nada menos do que a manutenção da vida* (Berenstein 2001:48).

O que determinava o comportamento sexual de Lucy, causando uma atração que a aproximava dos machos de sua espécie, era única e exclusivamente um imperativo hormonal, regido pelos ferormônios que Lucy exalava. Somente quando os genitais

---

dimensões de inteligência que regem o humano: a inteligência racional, emocional e hormonal (Berenstein 2001:80-81).

migraram da parte baixa das costas para o meio das pernas, na espécie *Homo habilis*, é que passou a acontecer, segundo o autor, a relação sexual *olho no olho*, que permitiu a criação de vínculo entre o macho, a fêmea e a prole. Nasceria, então, a família nuclear e, com ela, os embriões de sentimento que levariam ao aparecimento da inteligência emocional (Berenstein 2001:49-54). A menstruação surge entre os *Neandertais*, para Berenstein, como uma defesa da fêmea às tentativas de cópula dos machos. Com o surgimento do *Homo sapiens*, ela passa a fazer parte dos ciclos férteis ou menstruais:

*Os papéis ficam definidos num combinado harmonioso, onde todos os hormônios relativos a gênero entram no eixo da seguinte forma: aos machos os determinantes do gênero masculino, ou andrógenos – predominantemente, a testosterona –, responsáveis pela virilidade e força física um pouco superior que a das fêmeas, necessárias à caça, e um acentuado belicismo voltado para a proteção do grupo, em especial dos mais jovens e mais frágeis. Já os determinantes do lado feminino são bem mais complexos e múltiplos. O estrogênio determina a feminilidade, a progesterona controla a gestação e a maternidade, e a fêmea passa a ser regida por ciclos hormonais (Berenstein 2001:57).*

É interessante notar como seus argumentos encadeiam-se em um discurso mítico, em que ele efetua, a partir de alguns dados sobre a pré-história, uma narrativa sobre o que teria acontecido com as fêmeas nos primórdios da humanidade para explicar o surgimento de um fenômeno (a menstruação).

Com o surgimento das religiões, como a judaica, a menstruação teria passado a ser pensada como um castigo divino que continha em si poderes malignos. Segundo o autor, essas concepções *nada mais eram do que uma sórdida vingança masculina contra um mecanismo natural feminino (...)* Provavelmente o homem não se conformava por não ter sua mulher disponível durante os 30 dias do mês. Daí a acusá-la de menstruar *propositadamente, apenas para não agradá-lo, foi um passo* (Berenstein 2001:60). Para Berenstein, as mulheres menstruavam muito pouco nessa época em função dos casamentos precoces que as mantinham constantemente grávidas e amamentando. No entanto, fatos como a Inquisição (em que só se queimavam as mulheres se estivessem menstruadas, o que provava que não estavam grávidas) e a crença na *histeria* feminina representaram o que o autor chama de *cruzada antimenstrual*, da qual esses medicamentos para a supressão da menstruação seriam apenas uma re-edição:

*(...) ainda hoje, em pleno século XXI, é possível observar novas manifestações da 'cruzada antimenstrual', que utiliza agora uma nova linguagem científica. Infelizmente, em nosso país, esta chama vem se expandindo com o apoio até dos órgãos de imprensa. A mídia vem sendo bombardeada com argumentos sobre a inutilidade da menstruação, com a mesma voracidade que os religiosos fanáticos tiveram ao atribuir-lhe os poderes maléficos. (...) Medicamentos (hormonais ou não) atingindo o objetivo de não menstruar são comemoradas com entusiasmo. Enfim, busca-se o domínio da razão sobre a natureza. É preciso dobrar a natureza aos pés dos homens para mostrar que somos superiores aos deuses que nós mesmos criamos. Por trás desta guerra, nada mais há do que uma cruzada tão antiga e preconceituosa como as outras (Berenstein 2001:62-63).*

Nesta passagem o autor mantém a associação entre *menstruação* e *natureza*. Junto com a idéia de *natural*, a menstruação é ainda pensada como símbolo da ciclicidade que dá às mulheres sua especificidade em relação aos homens, diferenciando-os em comportamento, emoções, e até na forma de pensar. Interferir na menstruação é, para Berenstein, uma indesejável busca de dominar, através da *razão (cultura)*, a *natureza*. O autor defende que, pelo contrário, deve-se aproveitar mais os ganhos que a inteligência hormonal feminina pode trazer para a humanidade:

*Na medida em que a sociedade masculina tende para o individualismo (tendência masculina), a inteligência hormonal feminina faz o contrário: busca o cooperativismo, agregação, autodomínio e se volta para os valores essenciais como arte, amor, fraternidade e cuidados com o planeta. A ecologia é feminina ...*

*Não fossem os hormônios, os veículos para a evolução humana, ainda seríamos símios de natureza bruta e sem os predicados que adquirimos. Será da consciência da inteligência hormonal que se originará a revolução ecológica pela qual tanto ansiamos. O cuidar e proteger é feminino. A ação maternal da progesterona de nossas futuras presidentes da República é que tornará a sociedade mais piedosa e igualitária (Berenstein 2001:70).*

A contracepção e sua conseqüência mais radical, a supressão da menstruação, seriam, para ele, formas de adaptar a mulher aos interesses econômicos masculinos de produção de capital. Nesse mundo, não caberia uma mulher tendo um filho atrás do outro

(pois torna-se necessário, depois de tê-los, amamentá-los), com variações constantes de humor, cólicas menstruais que a impossibilitam para o trabalho uma vez ao mês e assim por diante. A invenção da supressão da menstruação seria uma resposta masculina à esse mecanismo de defesa ou repulsa criado pelas mulheres. Segundo ele, *estamos querendo fazer uma simiesca sempre sexualmente disponível, ou uma simiesca que não tenha ciclicidade para ser uma boa funcionária, uma boa operária (...) por trás de tudo isso existem forças inconscientes mais diversas, tem os interesses religiosos, econômicos para que se tire essa função menstrual.*<sup>131</sup>

Para a incompatibilidade da menstruação e da maternidade com a esfera de trabalho é dada, segundo Dr. Berenstein, uma solução masculina ou machista: suprimem-se os sangramentos, controla-se a fertilidade feminina e sua sexualidade e assim, a indesejável ciclicidade, paradigma da feminilidade, deixa de incomodar.

É possível perceber, ao longo do seu livro, que seus argumentos estão fundamentados nos conceitos de natureza e cultura (razão), vistos como oposições dicotômicas. A feminilidade e os ciclos menstruais são associados à natureza em oposição aos contraceptivos hormonais que provocam a suspensão desses sangramentos, pensados como uma forma artificial, masculina e racional de resolver o problema da fertilidade feminina. As outras falas, citadas anteriormente, também foram selecionadas para mostrar que a menstruação pode estar associada às idéias de natureza e feminilidade e que a ação humana sobre os ciclos férteis e a menstruação (com os contraceptivos hormonais) pode ser, então, pensada como uma intervenção sobre esse domínio (desconhecido, divino, superior) da natureza.

As discussões sobre a contracepção hormonal implicam, portanto, discussões sobre os efeitos dessas intervenções. As pesquisas médicas, cujos resultados são apresentados nos congressos, são produtos de um arranjo metodológico elaborado pelos sujeitos envolvidos no campo da medicina com o objetivo de testar essas intervenções, avaliar seus efeitos e atribuir ou não legitimidade aos medicamentos desenvolvidos. O objetivo do campo médico e da indústria farmacêutica é de resolver a questão da fertilidade e da reprodução humana

---

<sup>131</sup> Entrevista realizada durante o 49º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia.

de maneira que essa sua intervenção seja entendida como benéfica e desejável e, portanto, seja aplicável e aplicada em larga escala.<sup>132</sup>

Não somente os conceitos de *natureza* e *cultura* são acionados por alguns desses sujeitos para entender a questão da intervenção contraceptiva, como são pensados em uma relação específica, que implica a dominação de um (cultura) sobre o outro (natureza). A relação entre *natureza* e *cultura* da forma como é pensada pelos modelos ocidentais implica, segundo Marilyn Strathern, um *processo* (a natureza pode se transformar em cultura, por exemplo) que envolve *tensão* e a atribuição de *hierarquias* entre esses conceitos. A idéia de que a cultura é superior à natureza e de que pode – por conta disso – domá-la é um exemplo de como esses conceitos estão envolvidos em uma relação que não se limita à diferença, mas que produz, de acordo com uma determinada intenção ideológica, uma oposição hierárquica. Segundo Strathern,

*We may think of a process. Nature can become culture – a wild environment is tamed; a child is socialized, the individual as a natural entity learns rules. And we may think of hierarchy. This can take an evaluative form – as in the claim that culture is everywhere seen as superior to nature; or it can be a matter of logic – thus nature, the higher order category, includes culture, as the general includes the particular* (Strathern, 1980:180-181).

As relações entre os conceitos de natureza e cultura no pensamento ocidental estariam, portanto, envolvidas em um processo que objetiva a atribuição de hierarquias de valor aos conceitos e às oposições constituídas a partir de elementos associados a eles. O investimento na defesa da supressão da menstruação e as (re)significações e novas classificações dos sangramentos menstruais, que venho discutindo ao longo desta dissertação, seriam respostas acionadas pelos sujeitos para associações como essas acima citadas, que colocam a menstruação sob o domínio da natureza e qualificam esta como

---

<sup>132</sup> É evidente que compartilham esses interesses com outros sujeitos, dentre os quais as próprias mulheres. No entanto, gostaria de ressaltar novamente que essa busca é feita dentro de um contexto social-econômico específico e reproduz, muitas vezes, relações sociais desiguais. Os graus de resistência e questionamento dos efeitos desses medicamentos, por exemplo, podem variar de acordo com o contexto em que eles são introduzidos. A história da introdução desses medicamentos, como contada por algumas feministas, mostra como nos países do terceiro mundo os questionamentos sobre os efeitos colaterais e a metodologia das pesquisas de experimentação foram sufocados pela disseminação desses contraceptivos, sustentada e até financiada por políticas internacionais de controle de natalidade.

superior às intervenções humanas que buscam modificá-la. Esses argumentos são acionados na tentativa de reverter a desconfiança sobre os contraceptivos hormonais.

Os conceitos de natureza e cultura podem, portanto, ser acionados como explicativos da ação humana sobre o mundo e sobre os próprios humanos e as hierarquias de valor em disputa buscam qualificar essa intervenção ora como desejável, ora como indesejável. Por conta desta disputa pela valorização ou desvalorização podemos entender a questão da supressão da menstruação como uma re-apresentação dos conceitos de natureza e cultura, levada a cabo principalmente pelos ginecologistas e laboratórios farmacêuticos que, através dos contraceptivos hormonais que produzem e/ou indicam às pacientes, transformam todo o contexto social em que interagem os sujeitos envolvidos na questão da contracepção. Essa re-apresentação está, portanto, intrinsecamente relacionada à possibilidade de intervenção tecnológica nos processos do corpo, resultante da constituição dos campos da ginecologia, endocrinologia sexual e da indústria farmacêutica que produz os contraceptivos.

## A MENSTRUÇÃO COMO PRODUTO DA CULTURA

Ao mesmo tempo em que se produzem esses contraceptivos, discussões sobre a *natureza* da mulher, da menstruação e da contracepção são acionadas. Para que os contraceptivos que provocam a supressão da menstruação sejam incorporados como legítimos e desejáveis, essas discussões precisam ser revisitadas. Nesse sentido, são bastante emblemáticos o livro *Menstruação, a sangria inútil* do Dr. Elsimar Coutinho, e também sua fala na sessão *É necessário menstruar?*, assim como outras falas de ginecologistas nos congressos médicos e na mídia.

Como apontei no primeiro capítulo, na monografia da pílula Gestinol<sup>®</sup> 28 é enfatizado que a menstruação não é natural, e sim uma *inconveniência* trazida pela civilização, para a qual a própria civilização acabou criando uma solução. Este é, de fato, o argumento desenvolvido pelo Dr. Elsimar Coutinho ao longo de seu livro, sobre o qual me deterei agora.

Em 1996, Elsimar Coutinho, médico e professor titular de Medicina e Reprodução Humana na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, lançou a primeira edição de seu livro *Menstruação, a sangria inútil*. Após dedicar esse seu livro a Tereza, que teria dividido com ele *a sua experiência de viver sem as regras impostas pela natureza*<sup>133</sup>, o autor propõe *a suspensão da menstruação como benefício para a saúde da mulher, às mulheres para quem o sangramento menstrual traz evidentes malefícios, como endometriose, miomatose, menorragia, tensão pré-menstrual, anemia e outras condições associadas a menstruação e para quem a menstruação não passa de um ‘incômodo’* (Coutinho 1996:17).

Para defender a supressão da menstruação, Coutinho diz buscar *desestranhar uma herança cultural que domina o comportamento das mulheres há mais de 2000 anos*, segundo a qual a menstruação estaria *associada à juventude e à feminilidade*. Seu principal argumento se resume nas primeiras páginas da introdução:

*Na realidade, tudo indica que no passado remoto, quando as mulheres começavam a ovular depois dos 18 anos e morriam antes dos 30, a menstruação era um fenômeno raro. Vivendo em bandos, sempre grávidas ou amamentando até a morte, não poderiam mesmo experimentar as menstruações repetidas, possíveis apenas quando mulheres e homens férteis vivem separados. Somente quando o homem começou a se organizar socialmente é que surgiram as condições que deram à mulher a oportunidade e os meios de sobreviver sem ser alvo da ação reprodutora dos homens. Os filósofos gregos, que estabeleceram as bases do racionalismo ocidental, analisaram a menstruação à luz da lógica e concluíram que se sangrar periodicamente não fazia mal às mulheres, devia fazer bem. A caracterização do sangramento periódico, tido como fenômeno benéfico por Hipócrates, o Pai da Medicina, e Galeno, o Príncipe da Medicina, corroborada pela execução da sangria pelo médico como recurso terapêutico insuperável, assegurou à menstruação uma conotação positiva, não apenas útil, mas indispensável à saúde da mulher* (Coutinho 1996:18).

---

<sup>133</sup> Ênfase no original.

Segundo Coutinho, a utilização da sangria ao longo de vários séculos como o tratamento médico por excelência teria sido inspirada na observação do sangramento mensal das mulheres e na atribuição de um valor positivo a este sangramento. Embora a sangria não seja mais utilizada pelos médicos, esta *conotação positiva* da menstruação, surgida na Grécia Antiga, continuaria operando em relação à menstruação até mesmo após a descoberta dos mecanismos contraceptivos que possibilitariam a sua supressão, quando do desenvolvimento da primeira pílula contraceptiva:

*(...) apesar do declínio da sangria terapêutica por absolutamente inútil, a menstruação incorporou-se de tal modo à cultura no mundo inteiro que, com o advento da pílula anticoncepcional, que dava pela primeira vez à mulher a oportunidade de não menstruar, a maior preocupação da indústria farmacêutica e dos médicos foi desenvolver um regime de administração que assegurasse às usuárias a ocorrência de um sangramento mensal que simulasse uma menstruação (Coutinho 1996:19).*

Como apontei anteriormente, essa configuração inicial da pílula buscava, ao simular a menstruação, reproduzir o que era, então, entendido como *natural* – os ciclos férteis mensais. A natureza (representada pelo sangramento natural) teria adquirido, nesse sentido, um valor socialmente definido como positivo ou benéfico.

É, então, através da inversão da associação da menstruação a esse domínio socialmente valorizado da natureza que Elsimar Coutinho pretende justificar a sua supressão. Seu argumento principal sustenta-se na afirmação de que a menstruação não é um fenômeno *natural*, e sim produto da *civilização*. Antes da *organização social*, as fêmeas viveriam sob a constante influência da ação reprodutora dos machos, o que impedia-nas de ter ciclos férteis não fecundados e, portanto, de menstruar.

Para sustentar essa argumentação, ele lista, no primeiro capítulo de seu livro, as formas com que a menstruação teria se apresentado no mundo animal, na pré-história, no alvorecer da civilização, na Grécia Antiga, durante o Império Romano, na Idade Média, na Europa feudal, na Renascença e no Século XX. Como vimos, seu empenho na sessão *É necessário menstruar?*, centrou-se em demonstrar à platéia como a menstruação seria um fenômeno incompatível com o que ele entende como *vida natural* (o oposto de qualquer forma de *civilização*).

Evidentemente, como ele mesmo reconhece em seu livro, seu argumento está pautado por uma noção de *evolução*, que o permite fazer uma analogia entre as fêmeas humanas e primatas. A distinção entre o ser humano e os primatas aos quais Coutinho se refere está na passagem de um estágio de *natureza* para a *cultura* ou *civilização*: *para um evolucionista darwiniano, nada mais lógico (...) do que buscar no comportamento sexual e reprodutivo dos macacos o modelo do comportamento sexual dos antepassados do homem e da mulher modernos, já que no passado viviam (certamente como ainda vivem os primos peludos do homem) completamente sem a influência da cultura e dos costumes da civilização* (Coutinho 1996:23).

Coutinho defende que a menstruação só ocorre quando as fêmeas primatas estão em cativeiro, onde ficam isoladas dos machos: *vivendo em liberdade (...) torna-se difícil encontrar uma fêmea de qualquer uma das espécies de macaco menstruando, porque quando não estão grávidas estão amamentando e tanto numa condição como na outra não menstruam* (Coutinho 1996:25).<sup>134</sup>

No *alvorecer da civilização* surgiria, segundo ele, a *oficialização do casamento*: *para atender aos interesses da sociedade, a liberdade sexual praticada na vida selvagem já não era permitida. O acasalamento obedecia a regras preestabelecidas. O casamento ocorria muito cedo e a mulher, então, entrava num ciclo de gravidez e amamentação que a fazia menstruar poucas vezes ao longo da vida* (Coutinho 1996:28).

Dr. Elsimar Coutinho descreve, então, algumas concepções da medicina sobre a menstruação e sobre a sangria terapêutica. Para tanto, conta que na Grécia Antiga, Hipócrates, considerado o Pai da Medicina teria atribuído à menstruação um caráter benéfico após observar o alívio que a chegada do sangramento provocava nas mulheres, o que o teria feito defender, a partir de então, que o *sangramento* (menstrual ou da sangria) livrava o corpo do mal-estar. Galeno, o Príncipe da Medicina, que viveu durante o Império Romano, teria, então, garantido as bases para que a sangria se mantivesse por quase dois mil anos sendo o principal instrumento utilizado pelos médicos para tratar as doenças.

---

<sup>134</sup> Ênfase no original. Durante o congresso, Dr. Coutinho refere-se a trabalhos antropológicos que provariam essa inexistência da menstruação em mulheres de determinados grupos indígenas. Com a mesma intenção, Malcolm Gladwell cita o trabalho de Beverly Strassmann entre os Dogon, na África, no qual ela teria comprovado que as suas mulheres férteis (que não usavam técnicas contraceptivas) menstruavam muito pouco. (Gladwell 2000).

Esses dois médicos teriam sido, segundo o autor, fundamentais para a formação e sustentação da *conotação positiva* da menstruação entre os médicos e no senso comum.

Após explicar o que vem a ser a menstruação do ponto de vista médico (segundo as áreas da Ginecologia, Endocrinologia e a Reprodução Humana) Coutinho dedica-se a apontar algumas *doenças* que, segundo ele, decorreriam da menstruação: síndrome pré-menstrual, dismenorréia (cólica menstrual), enxaqueca, endometriose, miomas, entre outras. Há um capítulo dedicado exclusivamente à anemia, *uma das importantes conseqüências das menstruações repetidas* (Coutinho 1996:125). Um outro destaque é a história de Marilyn Monroe que, segundo o autor, teria sido *uma vítima famosa da endometriose que obteve grande sucesso na vida profissional, mas que possivelmente, por causa da insidiosa doença, nunca conseguiu sucesso na vida conjugal* (Coutinho 1996:113).

Coutinho procura, então, apresentar e responder alguns dos argumentos em defesa da menstruação. Um deles seria o de que teria se constatado que, durante a vida fértil, as mulheres teriam menos doenças cardiovasculares. Esse argumento, inclusive, é bastante usado para justificar o uso de terapias de reposição hormonal mas continua, segundo observei nos congressos, em discussão. Segundo ele, essa proteção cardio-vascular não seria dada pelas menstruações repetidas, e sim pelo *estrogênio*, cuja produção cessa durante a menopausa.

Outro argumento discutido é o de que as menstruações protegeriam o útero contra o câncer de endométrio, mas, dessa vez, Coutinho recorre à *progesterona* para justificar essa proteção, e não ao sangramento menstrual. *A apologia da menstruação que recebeu maior divulgação, segundo ele, foi a proposta de uma bióloga norte-americana, Margie Profet, que atribuía à menstruação uma função anti-séptica: matar as bactérias introduzidas na vagina pelo esperma.* Coutinho responde dizendo que *a menstruação não mata bactérias, servindo, ao contrário, de excelente meio de cultura para patógenos* (Coutinho 1996:142).

Dr. Elsimar Coutinho lista, então, as seguintes formas que serviriam para *evitar a menstruação*: histerectomia, ressecção do endométrio, ooforectomia, anticoncepcionais, pílula vaginal, anticoncepcionais injetáveis, gestrinona e danazol, análogos dos hormônios liberadores de gonadotrofinas, implantes e sulpiride. Não pretendo aqui discutir cada um

desses métodos, mas apenas lembrar que Dr. Lucas Machado, durante o debate no congresso paulista, fez referência a eles para lembrar que, apesar de defender que a menstruação não é natural, o que Coutinho propõe com seu livro - a supressão da menstruação - ainda pode ser entendido como oposto à natureza: trata-se, em todos esses casos listados, de intervenções culturais / artificiais no corpo feminino e, portanto, discussões sobre seus efeitos precisariam ser desenvolvidas.

Em resposta a argumentos como esse, Coutinho disse ter incorporado, na nova edição do livro em português e na edição em inglês, uma discussão sobre como é possível ficar *naturalmente* sem menstruar. Neste caso, as possibilidades levantadas pelo autor são gravidez, gravidez psicológica, lactação e exercícios físicos intensivos.<sup>135</sup>

Essa última discussão, sobre os métodos contraceptivos artificiais e naturais para a supressão da menstruação evidencia mais do que a ocorrência do uso dos conceitos de natureza e cultura nesse debate; através dela é possível perceber as ambigüidades desses conceitos no entendimento de fenômenos como a menstruação.

Se, por um lado, Coutinho baseia sua argumentação na defesa de que a menstruação é resultante da vida em sociedade (e não da natureza feminina), por outro o autor precisa lidar com o fato de que, sem a interferência humana (entendida como artificial) no corpo feminino, a supressão da menstruação nas mulheres ocidentais contemporâneas não é possível. Uma das soluções apresentadas por ele é encontrar formas de interferir que sejam classificadas como naturais (gravidez, lactação, exercícios físicos). A outra, que aponto a seguir, é demonstrar que alguns fatos indesejáveis provocados pela natureza podem (e devem) ser, na medida do possível, controlados pelo ser humano.

Antes de responder aos argumentos que defendem a menstruação, Coutinho diz achar *surpreendente que inúmeros livros e artigos escritos por homens e mulheres sobre o assunto não tenham se posicionado a favor de medidas que conduzam a uma progressiva suspensão das “regras”*. Segundo ele, *predominam colocações conformistas ou defensoras do status quo na pressuposição hipocratiana-galênica de que se as mulheres menstruam por determinação da natureza ‘sábia’ é porque menstruar é bom para a saúde. Como se*

---

<sup>135</sup> Que, por razões evidentes, não são interessantes para a maioria das mulheres que busca a contracepção. A referência a essas possibilidades tem um efeito muito mais retórico do que pragmático. Elas são citadas para ajudar a sustentar o argumento de que a menstruação não é natural.

*tudo que fosse natural – a violência, a dor, a doença e a morte – devesse ser aceito sem resistência. Essa linha de raciocínio prevalece até hoje, fim do século XX, quando, em vez de reconhecer a inutilidade do sangramento periódico, se busca atribuir a menstruação repetidas vantagens para a saúde da mulher que deixam os homens morrendo de inveja (Coutinho 1996:135).*

A partir dessa passagem, percebemos a intenção do autor, em se tratando de reconhecer a artificialidade atribuída por alguns às intervenções contraceptivas que suprimem a menstruação, de adicionar a esse reconhecimento uma qualificação da intervenção como algo positivo ou benéfico para a saúde, o que justificaria o desenvolvimento dos contraceptivos. Sendo a doença um processo também entendido como natural, porém qualificado como indesejável ou negativo, ao associar a menstruação às doenças que pode provocar, reconhece-se o seu caráter (socialmente compartilhado) de natural, mas aciona-se, ao mesmo tempo, um bom argumento para justificar sua supressão. A tendência de enfatizar os benefícios em detrimento dos riscos dos medicamentos quando se trata de curar doenças é bem maior e menos questionada, tendo em vista o valor negativo atribuído à doença.

E se insistirmos na ambigüidade da menstruação, que permanece mal resolvida entre natureza e cultura, tendendo por um momento a defender sua desvinculação do domínio natural, vemos que a proposta da supressão da menstruação reforça a valorização positiva da natureza. Afinal, como já haviam pretendido os fundadores da primeira pílula, trata-se novamente de mimetizá-la. A diferença é que, segundo a tese defendida por Coutinho, a menstruação não seria um símbolo dessa natureza, mas a sua ausência, sim. Os longos períodos sem sangramentos experimentados pelas fêmeas na natureza (através das menstruações e lactações sucessivas) podem ser reproduzidos através do uso desses *novos* contraceptivos hormonais.

Esses argumentos fundamentados na desconstrução da relação entre as menstruações sucessivas e a natureza podem ser percebidos também nas falas de outros ginecologistas. Dr. Malcolm Montgomery, por exemplo, durante a entrevista a mim concedida durante o 49º Congresso Brasileiro, sustentou seu argumento central em defesa da supressão da menstruação na comparação das mulheres na atualidade com as mulheres de até um século atrás. Segundo ele, neste período as mulheres tinham muito menos ciclos menstruais do que

atualmente, pois menstruavam mais tarde (aos 15 anos) e ficavam sem menstruar durante 8 a 14 gestações, mais o período que passavam amamentando. Segundo seus cálculos, essas mulheres tinham em toda a vida fértil de 40 a no máximo 80 ciclos menstruais. As mulheres contemporâneas de classe média ou alta menstruam cerca de três anos mais cedo que aquelas, aos 12 anos de idade e utilizam por anos métodos contraceptivos, tendo em média dois filhos em toda a vida fértil. Essas mulheres têm em torno de 400 ciclos menstruais. Nos ciclos normais – ou seja, em mulheres que não utilizam a contracepção hormonal – há, segundo Montgomery, uma desnecessária e mesmo maléfica overdose hormonal pelos picos de *estrógeno* e de *progesterona* do ciclo, podendo causar doenças como o câncer de mama, miomas e a tensão pré-menstrual. Além disso, os aproximadamente 400 sangramentos resultantes desses ciclos acabaram desencadeando doenças que não existiam ou que eram menos expressivas entre as nossas bisavós, como a endometriose, a dismenorréia (cólicas menstruais) e a anemia.

Para Montgomery, manter esse número 10 vezes maior de ciclos menstruais afetaria a *qualidade de vida* da mulher no que se refere à sua capacidade de socialização. A proposta dos tratamentos que provocam a supressão da menstruação, que ele defende, é manter a regulação hormonal feminina em um nível mais baixo, sem aqueles picos de overdose hormonal e sem os sangramentos desnecessários.<sup>136</sup> Essas concepções podem ser também encontradas na fala do Dr. José Bento de Souza publicada no fórum de discussão sobre a supressão da menstruação:

*Menstruar ou não Menstruar, eis a questão*

*Cerca de 450 menstruações é o número aproximado que a mulher moderna possui durante sua vida. Nossas bisavós menstruavam no máximo 1/3 disso. Tinham a primeira menstruação mais tarde (ao redor dos 16 anos), casavam logo depois e engravidavam em seguida. Amamentavam durante mais 1 ano e seguiam com outra gravidez até formarem famílias numerosas, talvez para compensar as altas taxas de mortalidade infantil da época. Por isso, antigamente, a mulher passava por longo tempo sem sangramentos.*

---

<sup>136</sup> Segundo ele, ainda, esses tratamentos são extremamente benéficos para a mulher e mais de 2000 pacientes suas estão usando. Um dos implantes colocado por ele em suas pacientes diminuiria inclusive a ocorrência de celulite, o que ele assumiu ser um argumento bastante convincente para as mulheres. Este implante é muito procurado, segundo ele, em função da indicação que as próprias usuárias fazem para outras pessoas.

*O estilo de vida e o comportamento sexual da mulher atual mudou completamente. Apareceram métodos anticoncepcionais eficientes, a mulher entrou no mercado de trabalho além do que as meninas dos países industrializados começam a menstruar por volta dos 12 anos, adiam a maternidade para depois dos 30 anos, têm dois filhos no máximo e que são amamentados por poucos dias (37 em média no Estado de São Paulo).*

*O organismo feminino não ficou indiferente a estas mudanças e o que presenciamos hoje é um aumento de algumas doenças como câncer de mama, endometriose, miomas do útero, anemia, TPM e outras.*

*Será que vale a pena ficar menstruando? Faça essa pergunta a você mesma e converse com seu médico sobre o assunto (Souza 2001).*

Embora, portanto, a contracepção seja reconhecida socialmente como uma necessidade, a ampla utilização de métodos contraceptivos e o conseqüente aumento do número de sangramentos menstruais ao longo da vida da mulher são enfatizados como causas de doenças (câncer de mama, endometriose, miomas do útero, anemia, TPM) que, segundo alguns médicos, não eram tão freqüentes antes da introdução desses métodos. Nem todos os ginecologistas, no entanto, arriscam-se a afirmar com tanta veemência a positividade da supressão da menstruação e a sua utilização como preventiva dessas doenças em questão. Dr. Soubhi Kahhale, professor associado e livre docente da USP, apesar de não ser contra a supressão da menstruação em alguns casos, resguarda-se de recomendá-la para pacientes que se sentem bem menstruando.

*Quem tem que decidir se quer ou não menstruar é a própria mulher. Isso é o mais importante. O que há de bom nisso é que hoje temos esta opção para oferecer à mulher.*

*É como querer saber se é melhor o DIU ou a pílula, para algumas pacientes é o DIU, para outras é a pílula.*

*É natural que aquelas mulheres que "sofrem" com a menstruação, tem cólicas fortes e ou sangramento abundante que acarretam anemias ou ainda na perimenopausa devem optar por não menstruar. Por outro lado aquelas que se sentem melhor menstruando, que ciclam e sentem conforto com isso devem continuar menstruando.*

*Em relação à saúde da mulher, ou seja se é benéfico ou não, ou seja se protege ou não contra determinadas doenças como a endometriose ou algum tipo de câncer, faltam ainda evidências científicas para tal afirmação (Kahhale 2001).<sup>137</sup>*

Ao contrário dos demais, Kahhale não atribui à supressão da menstruação o caráter preventivo de doenças (ênfasis nas falas dos outros médicos e, principalmente, nos folhetos dos novos contraceptivos), mas acha bom ter *essa opção para oferecer à mulher* que desejar não menstruar, nos casos em que isso possa ser indicado, como para as que têm cólicas fortes ou anemia.

Outro médico, Dr. Paulo César Fernandes David defende que o desejo de não menstruar é característico da *mulher moderna* e pensa a utilização dos contraceptivos que suprimem a menstruação como um avanço da medicina e um direito da mulher:

*A mulher moderna cada vez mais quer ficar sem a menstruação e cresce a cada dia em nossos consultórios muitas mulheres com esse propósito procurando informação com o médico ou trazendo informações para o médico via internet, artigos e informações de outras mulheres que já fizeram esta opção. A opção por não menstruar em minha opinião é um avanço da medicina que pode estar ao alcance da maioria das mulheres desde que realmente elas assim desejarem (David 2001).*

Esses últimos depoimentos enfatizam mudanças no estilo de vida e no comportamento sexual da mulher, como a diminuição do número de filhos e a entrada no mercado de trabalho. Em função destas mudanças o desejo de não menstruar é atribuído, por alguns, à *mulher moderna, contemporânea, ativa*, enfim, a mesma que estava sendo apresentada nos folhetos dos laboratórios.

Esse adjetivo de modernidade é evocado para falar, ao mesmo tempo, da interação dessas mulheres com a medicina e a indústria farmacêutica e com o mercado de trabalho: a mulher moderna é pensada em oposição à mulher que existiu num *antigamente* em que não se conheciam os mecanismos hormonais que regulam a fertilidade feminina, em que as técnicas contraceptivas não eram produzidas pela indústria farmacêutica e/ou não eram tão amplamente utilizadas, em que as mulheres tinham muitos filhos, não trabalhavam e tampouco dominavam sua sexualidade a ponto de poderem fazer escolhas ou planejamentos

---

<sup>137</sup> Ênfase minha.

familiares. *Modernidade* aparece, portanto, contextualizando a construção do mito das mulheres contemporâneas, mais ligadas à tecnologia e à sociedade do que as mulheres de *antigamente*, que estavam sujeitas à natureza e seus incômodos e cujas preocupações deveriam estar mais concentradas na maternidade e na esfera doméstica do que na sua profissão. Essa construção mítica da *mulher moderna* (em oposição ao mito da mulher do passado) é empregada para mostrar o quanto esses contraceptivos são, em função desse contexto, necessários e desejados na conquista da *liberdade*.

O mito da mulher moderna presente nas falas de médicos e nos folhetos dos contraceptivos compõe, assim como os conceitos e oposições derivados de natureza e cultura, a re-apresentação da menstruação e contracepção, ou seja, através dele é possível perceber não somente os sujeitos e contextos sociais em interação para que essa imagem seja cunhada, como as hierarquias de valor através das quais a ação humana sobre o mundo é pensada. Modernidade, assim como natureza e cultura, fala novamente de menstruação e contracepção e, portanto, das relações de gênero implicadas no contexto em que são produzidos e vendidos os contraceptivos hormonais.

## CONCLUSÃO

Com o recorte proposto nesta dissertação de mestrado, procurei considerar parte da vida social dos contraceptivos hormonais que podem provocar a supressão da menstruação – principalmente o período em que são lançados pelos laboratórios e divulgados para médicos e pacientes. Através do material produzido pelos laboratórios e da fala de ginecologistas em diferentes situações, procurei delinear alguns traços do contexto de relações dos sujeitos em questão, pensando também como, a partir dessas relações, determinadas noções e concepções de gênero, menstruação e contracepção podem ser acionadas, ressaltando o uso retórico dos conceitos de natureza e cultura pelos sujeitos.

Tendo em vista a importância do conceito de cultura para a Antropologia e a presença de alguns sentidos de cultural nas falas sobre a contracepção, procurei tratá-lo - e ao conceito de natureza - como *ênicos*, utilizando a noção de *re-apresentação*, no sentido em que foi defendida por Daniel de Coppet (1992) para lidar com o material em questão e para pensar a relação entre o que se diz sobre os contraceptivos e o contexto das relações sociais através das quais eles são negociados. Através da noção de re-apresentação pude estabelecer uma comparação entre discussões existentes sobre a contracepção e a medicina - como os trabalhos de Nelly Oudshoorn, Ludmilla Jordanova e Fabíola Rohden, ou os episódios relatados por feministas a respeito das pesquisas com implantes no Brasil - e os atuais debates sobre a supressão da menstruação. Essa comparação possibilitou perceber alguns deslocamentos de sentido e algumas das hierarquias de valor em jogo quando se trata dessas questões.

Os folhetos produzidos e distribuídos pelos laboratórios farmacêuticos na divulgação dos contraceptivos foram utilizados aqui como uma forma de apresentar os contraceptivos em questão, bem como as concepções de mulher, menstruação, fertilidade e contracepção que circulam através deles. Foi possível perceber, portanto, o investimento na atribuição de um valor negativo à menstruação e aos ciclos menstruais. Em contraposição aos sangramentos mensais, pensados - assim como os filhos - enquanto um incômodo do qual as mulheres precisam se livrar, os contraceptivos em questão recebem os adjetivos de *novidades*, *modernos*, *revolucionários*, e têm exaltadas a sua reversibilidade e eficácia.

Permitindo às mulheres praticidade e liberdade em questões que lhes são caras, como a contracepção e o planejamento familiar, os *novos* contraceptivos são divulgados como excelentes possibilidades de escolha contraceptiva, que permitiriam às mulheres um melhor controle do momento mais apropriado de se ter filhos e constituir família. Ao enfatizar a centralidade das mulheres no que se refere à necessidade e possibilidades de escolha de métodos contraceptivos, pode-se perceber o envolvimento e as expectativas sociais diferenciadas para homens e mulheres na questão da contracepção e, portanto, as relações de gênero que são re-apresentadas através dessa discussão.

O debate entre feministas e ginecologistas sobre os efeitos do implante Norplant® nos anos 1980 e 1990 forneceu um contraponto para pensar a questão dos contraceptivos em dois sentidos. Em primeiro lugar, no que se refere à experimentação desses métodos: ao problematizar a experimentação do Norplant® em países de terceiro mundo, as autoras em questão ressaltam que, muitas vezes, relações de dominação e subordinação são reproduzidas nas relações entre sujeitos (ginecologistas, laboratórios e pacientes) e nas políticas a partir das quais esses contraceptivos são introduzidos (como as políticas internacionais de controle populacional). Em segundo, essa discussão evidenciou o *problema* dos sangramentos irregulares, provocados pelos contraceptivos: entendidos então como efeitos colaterais dos contraceptivos, os sangramentos *irregulares* ou *ausentes* provocados pelo Norplant® eram vistos como algo indesejável.

Nos folhetos dos *novos* contraceptivos, a menstruação sofre alguns deslocamentos de sentido, através dos quais laboratórios e ginecologistas buscam qualificá-la positivamente. A menstruação é, então, re-apresentada a partir de categorias de classificação com hierarquias de valor distintas. Ao transformar menstruação em padrão de sangramentos (sangramentos irregulares ou ausentes), enfatiza-se menos o caráter de *efeito colateral* principalmente no sentido de algo nocivo, indesejável, ou adverso. O investimento simbólico passa a ser, então, na *menstruação* como causa de doenças ou deficiências e incômodos para a vida social e, conseqüentemente, na ausência da menstruação como algo positivo, benéfico ou desejável.

Ao mesmo tempo em que se promove a ausência da menstruação, investe-se na imagem de uma mulher moderna, contemporânea a ativa, para quem o controle da menstruação (sua diminuição ou supressão) e da fertilidade (planejamento familiar) não configura somente a prevenção de potenciais doenças, mas também uma conquista que lhe

traz mais liberdade e permite um investimento na sua vida profissional. Assim como essa mulher, os contraceptivos também são caracterizados como modernos e a alta tecnologia através da qual são produzidos é enfatizada como revolucionária.

As re-apresentações de gênero e menstruação nos folhetos dos novos contraceptivos consistem, portanto, no acionamento de determinadas oposições contextuais, através das quais os sujeitos em questão ocultam e revelam tensões e relações, assim como constroem determinadas noções e concepções.

Uma questão que aparece em contraste com estas concepções é a da individualização das pacientes. As contradições entre as generalizações (mulher moderna, padrão de sangramentos etc) construídas pelos folhetos e a *individualização* das pacientes, defendida pelos ginecologistas, seriam resolvidas apenas através da relação médico-paciente. Somente no consultório médico, em uma consulta individualizada, os médicos poderiam fazer a ligação entre as indicações dos contraceptivos (ou medicamentos) e o diagnóstico dos pacientes. No entanto, se por um lado enfatiza-se o caráter *individualizado* da relação médico-paciente (o que também serve para ressaltar a necessidade da consulta médica para atribuir legitimidade à *escolha* de um medicamento ou contraceptivo), por outro a relação entre médicos e laboratórios se faz através da construção dessas generalizações (das mulheres ou dos efeitos dos contraceptivos).<sup>138</sup>

A descrição etnográfica dos congressos médicos foi realizada com o objetivo de observar a circulação dessas concepções em outro contexto que o dos folhetos e, assim, entender algumas das relações que se estabelecem entre ginecologistas e laboratórios. Através das diferentes atividades dentro dos congressos foi possível perceber como a atribuição da legitimidade dos contraceptivos pelos ginecologistas é negociada.

Os numerosos estandes de laboratórios nos saguões de exposição configuram, literalmente, a construção de um espaço de negociações. É, principalmente, através deste espaço que folhetos como os analisados no primeiro capítulo circulam os representantes dos laboratórios e os ginecologistas. Os brindes distribuídos em conjunto com os folhetos e artigos carregam no sentido *material* aquilo que está sendo negociado em um outro plano: o nome comercial dos contraceptivos representa a potencialidade da venda comercial do produto, que - a princípio - só deverá se efetivar nas farmácias a partir da indicação à

---

<sup>138</sup> A construção de conhecimentos generalizáveis compõe, inclusive, um dos paradigmas das ciências modernas.

paciente por um daqueles médicos. Estes desempenham, como aponta Pignarre (1999), a função fundamental de *passadores*, ou seja, de mediadores da relação (comercial) entre laboratórios e pacientes, vendedores e compradoras.

Essas negociações não estão restritas aos espaços dos estandes. Numa tentativa de reproduzir um espaço *autônomo* e *legítimo* como o dos cursos, fóruns e conferências médicas, os laboratórios investem ainda na realização de simpósios patrocinados, onde os próprios ginecologistas falam dos contraceptivos (ou medicamentos) a seus pares.

As descrições das diversas atividades dos congressos, em que discussões sobre os *novos* contraceptivos se fizeram presentes, tiveram o objetivo de apontar para algumas distinções entre o que deve e o que não deve ser dito nas diferentes versões dessas atividades, deixando entrever o que é diretamente enunciado na sessão em que a supressão da menstruação é debatida: discutir a necessidade da menstruação implica uma discussão da relação entre ginecologistas, pacientes e a indústria farmacêutica.

Além da relação com os laboratórios, problematizada por Dr. Lucas Machado, a participação de Dr. Elsimar Coutinho nesta sessão evidenciou que, freqüentemente, as noções de natural e artificial são acionadas para falar de menstruação, corpo feminino, fertilidade e contraceptivos hormonais. Seu argumento na defesa da supressão dos sangramentos menstruais baseia-se num investimento da associação da menstruação com o estado de sociedade, em oposição à freqüente associação com a natureza.

No terceiro capítulo procurei recuperar alguns dos argumentos apresentados ao longo da dissertação e introduzir outras falas de ginecologistas nas quais a distinção entre natural e cultural é acionada para entender menstruação, feminilidade e os contraceptivos hormonais.

Ao tomar os conceitos de natureza e cultura como categorias *êmicas*, acionadas pelos sujeitos no debate sobre a supressão da menstruação, foi possível perceber a correlação entre o estabelecimento de determinadas associações e a intenção ideológica dos sujeitos com relação ao debate. Aproveitando-se da ambigüidade desses conceitos, estes sujeitos enunciaram o seu *veredicto* sobre a supressão da menstruação, associando menstruação ora a feminilidade, maternidade e natureza feminina, ora a modernidade, contracepção e/ou doenças catameniais.

Ao discutir questões como a necessidade da fertilidade da mulher, a relação entre trabalho e planejamento familiar, a importância ou consequências da adoção de métodos contraceptivos, e a possibilidade de optar por continuar ou não sangrando mensalmente, estes sujeitos falam também de uma certa *moralidade* e, neste caso, atribuem valores ao feminino. Neste sentido, cabe lembrar o que diz Joanna Overing ao defender que o *conhecimento "puro" nunca está separado do conhecimento moral ou "prático"* (Overing 1985:17).

Estas falas configuram, portanto, re-apresentações de relações de gênero e dos conceitos de natureza e cultura, marcadas fortemente por um contexto social em que a questão da produção tecnológica de contraceptivos é essencial. Os adjetivos *moderno(a)*, *revolucionário* e *eficaz* evocam esse contexto.

Apesar das ambigüidades, as distinções entre natureza e cultura continuam sendo acionadas para explicar desde a menstruação até os contraceptivos. Ao mesmo tempo, seus significados e valores estão sendo constantemente negociados entre os sujeitos envolvidos nos debates, revelando que as tensões e hierarquias a que estão sujeitos estes conceitos são re-apresentações de hierarquias, interesses divergentes e tensões presentes no plano das relações sociais. Apropriar-se analiticamente dos conceitos de natureza e cultura e/ou utilizar a metáfora da natureza como verdade literal resulta em perder de vista essas relações e valores sociais que estão envolvidos no processo de construção e de utilização dessas tecnologias.

A importância desses conceitos não se justifica, entretanto, apenas pelo fato de que eles tenham sido concebidos em conjunto com as bases da ciência moderna e participem da sua dinâmica, mas está relacionada, principalmente, ao fato deles serem, por conta disso, fundamentais na construção de metáforas para pensar o *ser humano*, sua *relação com o mundo e ações sobre o mesmo*.

Ao tratar destes conceitos no contexto inglês de discussões sobre o parentesco e as Novas Tecnologias Reprodutivas (NTRs), Marilyn Strathern questiona o seu uso (e o uso da distinção entre *corpo* e *máquina*) como metáforas:

*This particular pair (body, machine) were formerly connected and contrasted by analogy, in that they provided metaphors for different aspects of human nature. It is their metaphorical status that now seems subject to encroachment. Technology literally helps*

*'life' to 'work'. No doubt people will go on talking about assisting nature in the same way as they talk of releasing engineered life-forms 'into' an environment that they had already altered. Yet insofar as they cannot evoke distinctive domains of life, bodies and machines can no longer serve as metaphors for one another* (Strathern 1992:60).

Assim como Strathern, Donna Haraway no conhecido *Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX* também discute a implicação do uso destas metáforas. Haraway argumenta a favor da confusão nas fronteiras que separam homens de animais, organismos de máquinas, físico de não físico (em última instância, portanto, natureza de cultura) e pela responsabilidade na construção de mitos e fronteiras, sugerindo como novo mito para a ciência e para o feminismo contemporâneo o *ciborgue*.

A epígrafe evocada no terceiro capítulo dessa dissertação aponta para o argumento de Haraway, que enfatiza a importância de incorporar, nessas novas metáforas, a ação e interação dos seres humanos com o mundo. Essa incorporação é fundamental para pensar a produção social de tecnologias que, segundo Haraway, estão em toda parte, desde o arroz que comemos, cujos pés podem ter passado ou pelo melhoramento genético ou por banhos de pesticidas, até nas academias de ginástica onde construímos nossos corpos. As ambigüidades imbuídas nos conceitos de natureza e cultura e as relações de subordinação e dominação em que estão implicadas impediriam a construção de uma análise crítica e *localizada* dessa produção e de nossas interações com seus produtos:139

*As máquinas do final do século XX tornaram tão completamente ambígua a diferença entre o natural e o artificial, entre a mente e o corpo, entre aquilo que se autocria e aquilo que é externamente criado, podendo-se dizer o mesmo de muitas outras distinções que se costumavam aplicar aos organismos e às máquinas. Nossas máquinas são perturbadoramente vivas e nós mesmos assustadoramente inertes* (Haraway 2000: 46).

De um ponto de vista distinto de algumas *socialistas e feministas estadunidenses* que criticam e recusam as tecnologias a favor do que entendem como seu oposto subordinado - o orgânico / natural (Haraway 2000:50) - e argumentando pela construção de metáforas que incorporem essas tecnologias de forma responsável, Haraway defende o irônico mito do *ciborgue* como uma identidade *pós-humana* que resolveria essas ambigüidades:

---

<sup>139</sup> A questão do conhecimento situado ou localizado é tratada em Haraway 1995.

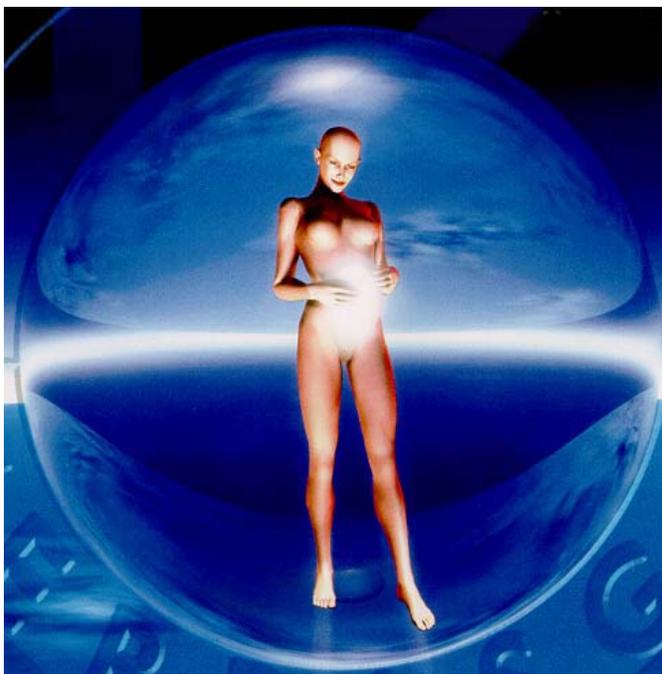
*com o ciborgue, a natureza e cultura são reestruturadas: uma não pode ser mais o objeto de apropriação ou de incorporação pela outra. Em um mundo de ciborgues, as relações para se construir totalidades a partir das respectivas partes, incluindo as da polaridade e da dominação hierárquica, são questionadas (Haraway 2000:43-44).*

Segundo Donna Haraway,

*A ficção científica contemporânea está cheia de ciborgues – criaturas que são simultaneamente animal e máquina, que habitam mundos que são, de forma ambígua, tanto naturais quanto fabricados. A medicina moderna também está cheia de ciborgues, de junções entre organismo e máquina, cada qual concebido como um dispositivo codificado, em uma intimidade e com um poder que nunca, antes, existiu na história da sexualidade (Haraway 2000:40).*

O mito ciborgue seria, assim, a ontologia feminista, uma resposta aos mitos da unidade original e da totalidade (fundamentados por uma inadequada *teoria universal, totalizante (...) que deixa de apreender (...) a maior parte da realidade*), através do qual seria possível *sugerir uma forma de saída do labirinto dos dualismos por meio dos quais temos explicado nossos corpos e nossos instrumentos para nós mesmas (...)* Significa tanto *construir quanto destruir máquinas, identidades, categorias, relações, narrativas espaciais* (Haraway 2000:108).

O mito da mulher moderna, defendido nos folhetos e por alguns dos médicos, como procurei apontar ao longo dessa dissertação, tenta - embora não dê conta de - resolver as ambigüidades entre natureza e cultura. Acaba, então, por reiterar suas hierarquias e tensões. Talvez a imagem de ciborgue, tal como defendida por Haraway, deva ser transposta para a figura que simboliza o 49o CBGO, a fim de ressaltar o novo contexto tecnológico-científico no qual acontecem as relações mulheres-ginecologistas-contraceptivos-laboratórios.



A luz emanada através de seu ventre, que ultrapassa seu corpo atingindo o horizonte, poderia, então, ser interpretada como o símbolo deste novo contexto, indicando a necessidade de analisar as relações entre os sujeitos que nele interagem. Talvez seja, ainda, preciso pensar os contraceptivos e hormônios produzidos pelos laboratórios não como artifícios cuja incorporação implica uma tensão com a nossa ambígua ontologia (natural-cultural) e sim como sujeitos com os quais interagimos.

Ao tomar os contraceptivos como objetos e sujeitos, como propus no início da dissertação, e ao observar, através de parte de sua *vida social* (no sentido dado por Appadurai), os sujeitos, concepções e valores com os quais eles interagem, procurei, aqui, revelar algumas das re-apresentações nas quais estes contraceptivos estão implicados e, ao mesmo tempo, construir e desconstruir narrativas sobre eles.

## BIBLIOGRAFIA

**ALMEIDA**, Miguel Vale de (org.) – *Corpo presente – Treze Reflexões Antropológicas Sobre o Corpo*. Oeiras: Celta Editora, 1996.

\_\_\_\_\_ – *Senhores de Si: Uma Interpretação Antropológica da Masculinidade*. Lisboa: Fim de Século, 1995.

**ALVES**, Paulo César (org.) – *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

**APPADURAI**, Arjun – *The social life of things: commodities in cultural perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

**ARILHA**, Margareth – Políticas públicas de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: um olhar para o futuro. **in: ARILHA**, Margareth e **CITELI**, Maria Teresa – *Políticas, Mercado, Ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo: Editora 34, 1998.

**BERENSTEIN**, Eliezer – *A tensão pré-menstrual e o tempo para mudanças*. São Paulo: Editora Gente, 1995.

\_\_\_\_\_ – *A inteligência hormonal da mulher*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

**BLOCH** Maurice e **BLOCH** Jean – Women and the dialectics of nature in eighteenth-century French thought. **in: MacCORMACK**, Carol and **STRATHERN**, Marilyn (eds.) – *Nature, Culture and Gender*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

**BOURDIEU**, Pierre – *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

\_\_\_\_\_ – *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

\_\_\_\_\_ – *As regras da arte*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

\_\_\_\_\_ – Por uma ciência das obras. **in: Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas, SP: Papirus, 1997.

**CITELI**, Maria Teresa, **MELLO** e **SOUZA**, Cecília de, e **PORTELLA**, Ana Paula – Revezes da anticoncepção entre mulheres pobres. **in: DUARTE**, Luis Fernando Dias e **LEAL**, Ondina Fachel (orgs.) – *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

**CITELI**, Maria Teresa - *De dentro do corpo: genética, anatomia e química das diferenças sexuais*. XXV Anpocs, 2001.

**CORRÊA**, Marilena Villela – *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2001.

**CORRÊA**, Sonia – O Norplant nos anos 90: peças que faltam. **in:** *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, 2º Semestre de 1994, Número especial, pp.86-98.

**CORRÊA** Sonia – Anticoncepcionais injetáveis na perspectiva feminista: o debate histórico e os novos desafios. **in:** **ARILHA**, Margareth e **CITELI**, Maria Teresa – *Políticas, Mercado, Ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo: Editora 34, 1998.

**COUTINHO**, Elsimar with **SEGAL**, Sheldon – *Is menstruation obsolete?* New York and Oxford: Oxford University Press, 1999.

**COUTINHO**, Elsimar – *Menstruação, a sangria inútil*. São Paulo, Editora Gente, 1996.

\_\_\_\_\_ – Is menstruation normal? Suppression of the menstrual cycle in clinical practice. **in:** *Reproductive Medicine Review* 2001 9:3 pp. 241-257.

**COSTA**, Rosely Gomes – *Concepção de filhos, concepções de pai: algumas reflexões sobre reprodução e gênero*. Tese de doutorado. Campinas: Unicamp, 2001.

**DACACH** Solange e **ISRAEL** Giselle – As rotas do Norplant: desvios da contracepção. Rio de Janeiro: Redeh 1993.

**DA MATTA**, Roberto – *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Vozes, 1980.

**DE COPPET**, Daniel – Comparison, a universal for anthropology. From 're-presentation' to the comparison of hierarchies of values **in:** **KUPER**, Adam (ed.) – *Conceptualizing Society*. London and New York: Routledge, 1992.

**DEL PRIORE**, Mary (org.) – *História das Mulheres no Brasil*. 2ª Ed. São Paulo: Contexto, 1997.

**DOUGLAS**, Mary – *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976

**DOUGLAS**, Mary – Couvade and Menstruation – The Relevance of Tribal Studies, **in:** *Implicit Meanings – Essays in Anthropology*. London: Routledge, 1984.

**DURHAM**, Eunice – Família e Reprodução Humana, **in:** **FRANCHETTO**, Bruna, **CAVALCANTI**, Maria Laura V. C., **HEILBORN**, Maria Luiza – *Perspectivas Antropológicas da Mulher 3*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

**GOFFMAN**, Erving – *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1975.

**GOLDMAN**, Marcio – *Alguma Antropologia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.

**HARAWAY**, Donna – *Simians, Cyborgs and Women – The Reinvention of Nature*. London: Free Association Books, 1991.

\_\_\_\_\_ – Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **in:** *Cadernos Pagu* No.5, 1995.

**HARAWAY**, Donna – Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX **in**: Silva, Tomaz Tadeu da – *Antropologia do ciborgue – as vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

**HARDING**, Sandra – A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista, **in**: *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, Vol. 1 No. 1/93. pp.7 a 31.

**HEILBORN**, Maria Luiza (org.) – *Sexualidade: o Olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1999.

**HÉRITIER**, Françoise – *Masculino / Feminino: o pensamento da diferença*. Lisboa: Instituto Piaget, 1998.

**INGOLD**, Tim – *Key Debates in Anthropology*. London and New York: Routledge, 1998.

**JORDANOVA**, L.J. – Natural facts: a historical perspective on science and sexuality. **in**: **MacCORMACK**, Carol and **STRATHERN**, Marylin (eds.) – *Nature, Culture and Gender*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

**KOFES**, Suely – *Mulher, mulheres: identidade, diferença e desigualdade na relação entre patroas e empregadas domésticas*. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.

\_\_\_\_\_ – *Uma trajetória, em narrativas*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2001.

\_\_\_\_\_ – Categorias analítica e empírica: gênero e mulher: disjunções, conjunções e mediações. **in**: *Cadernos Pagu (1)*, 1993. pp.19-30

**KUNZRU**, Hari – "Você é um ciborgue": um encontro com Donna Haraway. **in**: Silva, Tomaz Tadeu da – *Antropologia do ciborgue – as vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 2000

**LATOUR**, Bruno – *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

**LEA**, Vanessa – Gênero Feminino Mebengokre (Kayapó): desvelando representações desgastadas, **in**: *Cadernos Pagu (3)*, 1994. pp.85 – 116.

**LÉVI-STRAUSS**, Claude: *Mitológicas IV: El Hombre Desnudo*. México, D.F. : Siglo Veintiuno, 1983.

\_\_\_\_\_ - *As estruturas elementares do parentesco*. Petrópolis: Vozes, 1982.

\_\_\_\_\_ - *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

**LUNA**, Naara Lucia de Albuquerque – *Novas tecnologias reprodutivas: natureza e cultura em redefinição*. XXVI Anpocs, 2002.

**MASCARENHAS**, L. Insertion and Removal of Implanon®. **in**: *Contraception Vol5 N.6 (Supplement)*, 1998. pp. 79s – 84s.

**MacCORMACK**, Carol and **STRATHERN**, Marylin (eds.) – *Nature, Culture and Gender*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

- MACHADO**, Rogério Bonassi, et. al. – *Percepção do sangramento menstrual entre usuárias de contraceptivos hormonais orais combinados*. in: Reprodução e Climatério Vol.16 No.3, 2001. pp199-206.
- MANICA**, Daniela Tonelli – *Menstruação e Corpo feminino: uma discussão sobre alguns dos embates entre natureza e cultura*. Monografia de Conclusão do Curso de Graduação em Ciências Sociais. IFCH, Unicamp, 2000.
- MOORE**, Henrietta – Understanding Sex and Gender, in: Ingold, Tim (ed.), *Companion Encyclopedia of Anthropology*. London: Routledge, 1997. pp.813-830.
- OLIVEIRA**, Fátima – Biotecnologias de Procriação e Bioética, in: *Cadernos Pagu* No.10, 1998.
- ORTNER**, Sherry – Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? in: **ROSALDO**, M. Z. e **LAMPHERE**, L.(orgs.) – *A Mulher, A Cultura e A Sociedade* – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- UDSHOORN**, Nelly – 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.
- UDSHOORN**, Nelly – *Beyond the natural body: an archeology of sex hormones*. London and New York: Routledge, 1999.
- OVERING**, Joanna e **RAPPORT**, Nigel: *Social and Cultural Anthropology: The Key Concepts*. London: Routledge, 2000.
- OVERING**, Joanna (ed.) – *Reason and Morality*. London and New York: Tavistock Publications, 1985.
- PEREIRA NETO**, André de Faria – *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- PIGNARRE**, Phillipe – *O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- PISCITELLI**, Adriana – Nas Fronteiras do Natural: Gênero e Parentesco, in: *Revista Estudos Feministas*. IFCS/UFRJ Vol.6 N.2/98 pp.305-321.
- RABINOW**, Paul – Representações são fatos sociais. in: **RABINOW**, Paul – *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1999.
- RAMIREZ**, Martha Celia – *Clique aqui e realize seus sonhos reprodutivos*. XXVI Anpocs, 2002.
- ROCK**, John. *The time has come: a catholic doctor's proposals to end the battle over birth control*. New York: Alfred A. Knopf, 1963.
- ROHDEN**, Fabíola – *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- RODRIGUES**, Denise – *Socorro, quero ser mãe!* São Paulo: Peirópolis,1999.

**SAHLINS**, Marshall – *The use and abuse of biology: an anthropological critique of sociobiology*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1976.

**SAHLINS**, Marshall – *Culture and Practical Reason*. Chicago: University of Chicago Press, 1976

**SARDENBERG**, Cecília – De Sangrias, Tabus e Poderes: A menstruação numa perspectiva sócio-antropológica, **in**: *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, Vol.2 No.2 / 1994.

**SCAVONE**, Lucila – Tecnologias reprodutivas: novas escolhas, antigos conflitos; **in**: *Cadernos Pagu* No.10, 1998.

**SILVA**, Elizabeth B. – “Des-construindo gênero em ciência e tecnologia”. **in**: *Cadernos Pagu*, No. 10,1998.

**SILVA**, Alcione Leite da, **LAGO**, Mara Coelho de Souza, **RAMOS**, Tânia Regina Oliveira (orgs.) – *Falas de gênero: teorias, análises, leituras*. Ilha de Santa Catarina: Editora Mulheres, 1999.

**STRATHERN**, Marilyn – No nature, no culture: the Hagen Case. **in**: **MacCORMACK**, Carol and **STRATHERN**, Marilyn (eds.) – *Nature, Culture and Gender*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

**STRATHERN**, Marilyn – Entre uma melanesianista e uma feminista, **in**: *Cadernos Pagu* (8/9) 1997. pp. 7 – 49.

\_\_\_\_\_ – *After Nature: English Kinship in the late twentieth century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

\_\_\_\_\_ – *Reproducing the Future. Essays on Anthropology, Kinship and The New Reproductive Technologies*. Manchester: Manchester University Press, 1992.

\_\_\_\_\_ – *The Gender of the Gift: Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*. Berkley: University of California Press, 1988.

**URBANCSEK**, J. – An integrated analysis of nonmenstrual adverse events with Implanon® **in**: *Contraception* Vol5 N.6 (Supplement),1998. pp. 109s –115s.

**VIVEIROS DE CASTRO**, Eduardo – Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio, **in**: *Mana* 2 (2), 1996. pp. 115-144.

#### FONTES DA INTERNET

**CARNEIRO**, Cláudia (2000) – *O toque que machuca* **in**: [www.terra.com.br/istoegente/](http://www.terra.com.br/istoegente/)

**CHOLLAR**, Susan - *Are monthly periods obsolete?* coluna WebMD Health de 23 de junho de 2000. [www.etour.com](http://www.etour.com)

**DAVID**, Paulo César Fernandes – *Polêmica: Menstruar ou não?* 2001.

<http://www.isabelvasconcellos.com.br/polemica.htm>

**FERNANDES**, César Eduardo – *Polêmica: Menstruar ou não?* 2001.

<http://www.isabelvasconcellos.com.br/polemica.htm>

*Jornal da Rede Saúde* - nº 20 - Maio 2000 - [www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br)

**KAHHALE**, Soubhi – *Polêmica: Menstruar ou não?* 2001.

<http://www.isabelvasconcellos.com.br/polemica.htm>

**GLADWELL**, Malcolm – *John Rock's error: what the co-inventor of the pill didn't know about menstruation can endanger women's health.* 2000 [http://www.gladwell.com/2000/2000\\_03\\_10\\_a\\_rock.htm](http://www.gladwell.com/2000/2000_03_10_a_rock.htm)

**PACHECO**, Maria Helena – *Polêmica: Menstruar ou não?* 2001.

<http://www.isabelvasconcellos.com.br/polemica.htm>

**RAMOS**, Sérgio dos Passos – *Polêmica: Menstruar ou não?* 2001.

<http://www.isabelvasconcellos.com.br/polemica.htm>

**SOUCASAUX**, Nelson. *Pílulas anticoncepcionais tomadas sem intervenção.* 2000

<http://www.guiasexual.com.br/forum/241000.htm>

**SOUZA**, José Bento de – *Polêmica: Menstruar ou não?* 2001.

<http://www.isabelvasconcellos.com.br/polemica.htm>

**VASCONCELLOS**, Isabel

<http://www.isabelvasconcellos.com.br>

*Illegal, mas aprovado.* in: [www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br) / *Jornal da RedeSaúde* - nº 18 - Setembro 1999. Texto publicado originalmente na revista *Consumidor S.A.* - nº 42, junho/99, p. 19 -, editada pelo Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor).