



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Georgia Martins Carvalho Pereira

**Onde está a pílula masculina?:**

**Uma análise sobre o desenvolvimento de anticoncepcionais para homens**

Rio de Janeiro

2022

Georgia Martins Carvalho Pereira

**Onde está pílula masculina?:**

**Uma análise sobre o desenvolvimento de anticoncepcionais para homens**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Jane Araujo Russo

Coorientador: Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

P436 Pereira, Georgia Martins Carvalho  
Onde está a pílula masculina?: uma análise sobre o desenvolvimento de anticoncepcionais para homens / Georgia Martins Carvalho Pereira. - 2022.  
241 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Jane Araujo Russo  
Coorientador: Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Direitos sexuais e reprodutivos. 2. Anticoncepcionais masculinos. 3. Anticoncepcionais. 4. Antropologia médica. 5. Estudo de gênero. I. Russo, Jane Araujo. II. Azize, Rogerio Lopes. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 342.7

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Georgia Martins Carvalho Pereira

**Onde está a pílula masculina?: Uma análise sobre o desenvolvimento de anticoncepcionais para homens**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em: 13 de dezembro de 2022.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Jane Araujo Russo  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Coorientador: Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dra. Daniela Tonelli Manica  
Universidade Estadual de Campinas

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Elaine Reis Brandão  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabíola Rohden  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosana Castro  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2022

## RESUMO

PEREIRA, Georgia Martins Carvalho. **Onde está a pílula masculina?**: Uma análise sobre o desenvolvimento de anticoncepcionais para homens. 2022. 241 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A pesquisa tem como objetivo analisar o trabalho de viabilização de anticoncepcionais masculinos a partir da revolução contraceptiva através de uma abordagem socioantropológica e feminista com base nos estudos de gênero e ciência. Mais especificamente, visa apresentar e analisar alguns obstáculos que impediram o lançamento dessas tecnologias e as estratégias de pesquisadores e fomentadores para superá-los, buscando justamente ajudar a responder por que até hoje não temos uma pílula masculina. O desenvolvimento de anticoncepcionais para homens está condicionado e também condiciona aspectos das relações entre os gêneros, concepções e intervenções biomédicas sobre corpos generificados, políticas populacionais e de direitos reprodutivos. Assim, analisar a produção de novos anticoncepcionais para homens é tratar de tais temáticas e suas configurações na atualidade.

Palavras-chave: Anticoncepção. Dispositivos anticoncepcionais masculinos. Gênero. Masculinidade. Tecnologia.

## ABSTRACT

PEREIRA, Georgia Martins Carvalho. **Where is the male pill?** An analysis of the development of male contraceptives. 2022. 241 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The research aims to analyze the work of making male contraceptives viable from the contraceptive revolution through a socio-anthropological and feminist approach based on gender and science studies. More specifically, it aims to present and analyze some obstacles that prevented the launch of these technologies and the strategies of researchers and advocacies to overcome them, seeking precisely to help answer why we still don't have a male pill. The development of contraceptives for men is conditioned and also conditioned aspects of the relationships between genders, biomedical conceptions and interventions on gendered bodies, population policies and reproductive rights. Thus, analyzing the production of new contraceptives for men is to deal with such themes and their configurations today.

Keywords: Contraception. Male Contraceptives Device. Gender. Masculinity. Technology.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Matéria do <i>El País</i> .....	153
Figura 2	Tweet Petiscos sobre cancelamento do estudo clínico da OMS.....	154
Figura 3	Tweet Bic Muller sobre cancelamento do estudo clínico da OMS...	154
Figura 4	Logotipo, símbolo e <i>slogan</i> do Emerge Lab.....	182
Figura 5	Cabeçalho do perfil do Instagram do Emerge Lab.....	190
Figura 6	Página inicial do site do Emerge Lab (parte superior).....	194
Figura 7	Fotos casais heterossexuais no material do Emerge Lab.....	198
Figura 8	Post Instagram Emerge Lab sobre vasectomia .....	208
Figura 9	Adesivo de divulgação HYPRFTL.....	211
Figura 10	Foto do site do Emerge Lab de um homem negro com comprimido...	217
Figura 11	Imagens de abertura do site do Emerge Lab.....	218
Figura 12	Foto que ilustra a pesquisa do Emerge Lab sobre acesso à vasectomia na Califórnia.....	219
Figura 13	Foto que ilustra a pesquisa do Emerge Lab sobre uso de preservativo no primeiro sexo.....	219
Figura 14	Foto que ilustra pesquisa do Emerge Lab sobre aceitabilidade de contraceptivos masculinos entre participantes de estudos clínicos...	219
Figura 15	Animação postada no Instagram do Emerge Lab sobre gel contraceptivo hormonal.....	220
Figura 16	Foto que ilustra a pesquisa do Emerge Lab sobre compensação financeira para participantes de estudos clínicos de contraceptivos masculinos.....	220
Figura 17	Foto do site do Emerge Lab sobre pesquisa com homens latinos.....	221

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Equipe Emerge Lab .....	185
Tabela 2 - Postagens do perfil do Emerge Lab no Instagram sobre contracepção ..	191

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BEMFAM	Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil
CPAIMC	Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança
CPMI	Comissão Mista Parlamentar de Inquérito
DAEM	Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESG	Escola Superior de Guerra
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FDA	Food and Drug Administration
FIV	Fertilização in Vitro
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas
HPR	<i>Human Reproduction Program</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IPPF	International Planned Parenthood Federation
MCI	Male Contraception Initiative
NICHHD	National Institute of Child Health and Human Development
NIH	National Institute of Health
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PPFA	Planned Parenthood Federation of America
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
USC	University of South California
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	13
1	<b>A POPULAÇÃO COMO UM PROBLEMA.....</b>	18
1.1	<b>Superpopulação: a ideia que não morre .....</b>	18
1.2	<b>Consolidação do controle populacional como política internacional.....</b>	25
1.3	<b>Programas de planejamento familiar neomalthusianos .....</b>	32
1.4	<b>Reação conservadora às políticas de controle populacional .....</b>	38
1.5	<b>Do planejamento familiar à saúde reprodutiva.....</b>	42
1.6	<b>Práticas neomalthusianas e eugênicas com retórica dos direitos humanos: o caso peruano.....</b>	45
1.7	<b>Para concluir.....</b>	49
2	<b>POR QUE AS TECNOLOGIAS ANTICONCEPCIONAIS SÃO COMO SÃO?.....</b>	50
2.1	<b>Feminismo, eugenia e controle populacional: os pais da pílula.....</b>	50
2.2	<b>A pílula.....</b>	62
2.3	<b>Outros contraceptivos modernos.....</b>	65
2.3.1	<b><u>Depo-Provera</u>.....</b>	65
2.3.2	<b><u>DIU Dalkon Shield</u>.....</b>	67
2.3.3	<b><u>Norplant</u>.....</b>	69
2.3.4	<b><u>Essure</u>.....</b>	72
2.4	<b>Para Concluir.....</b>	75
3	<b>POR QUE CONTRACEPÇÃO É COISA DE MULHER?.....</b>	77
3.1	<b>Contracepção pré-pílula.....</b>	80
3.2	<b>Dois corpos, duas medidas.....</b>	85
3.3	<b>A ciência da mulher.....</b>	92
3.4	<b>A mulher hormonal.....</b>	95
3.5	<b>Gênero e fármacos hormonais.....</b>	100
3.6	<b>A mulher patológica e o homem desviante.....</b>	106
3.7	<b>A medicalização do corpo masculino no século XXI.....</b>	105
3.8	<b>Para concluir.....</b>	111

4	<b>POR QUE ATÉ HOJE NÃO HÁ UMA PÍLULA MASCULINA?.....</b>	113
4.1	<b>Algumas das primeiras tentativas para a criação da pílula masculina.....</b>	116
4.2	<b>Atores envolvidos na criação de uma pílula masculina.....</b>	119
4.3	<b>O problema do recrutamento de voluntários para estudos clínicos.....</b>	126
4.4	<b>Estudos clínicos de contraceptivos hormonais masculinos.....</b>	129
4.5	<b>Tecnologias inseguras?.....</b>	137
4.6	<b>A construção do homem como sujeito da contracepção.....</b>	155
4.6.1	<u>Feminismos e a inclusão dos homens na contracepção.....</u>	158
4.6.1.1	<u>Direitos reprodutivos em disputa.....</u>	159
4.6.2	<u>Homens como parceiros.....</u>	162
4.6.3	<u>A grande mídia e a inclusão dos homens na contracepção.....</u>	164
4.6.4	<u>Autonomia reprodutiva para todos.....</u>	166
4.7	<b>O campo da contracepção masculina nos dias de hoje.....</b>	170
4.7.1	<u>Nestorona / Testosterona (NES/T) gel transdérmico.....</u>	171
4.7.2	<u>DMAU pílula.....</u>	173
4.7.3	<u>DMAU injeção.....</u>	174
4.7.4	<u>Pílula 11-beta-MNTDC.....</u>	174
4.7.5	<u>MENT implante.....</u>	175
4.7.6	<u>Vasalgel.....</u>	176
4.7.7	<u>ADAM.....</u>	177
4.8	<b>Para Concluir.....</b>	178
5	<b>O TRABALHO DO EMERGE LAB PARA A VIABILIZAÇÃO DE NOVOS CONTRACEPTIVOS MASCULINOS.....</b>	180
5.1	<b>Trazer à tona novas masculinidades: a proposta do Emerge Lab.....</b>	181
5.2	<b>Incluindo os homens nos cuidados referentes à saúde reprodutiva e sexual.....</b>	195
5.3	<b>O homem cuidadoso engajado em um relacionamento heterossexual estável..</b>	200
5.4	<b>Educação e acesso como solução.....</b>	203
5.5	<b>A contracepção na produção do Emerge Lab.....</b>	205
5.6	<b>Para concluir.....</b>	221
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	227
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	232

## INTRODUÇÃO

Após 60 anos de lançamento da pílula anticoncepcional, o que mudou em relação à produção de tecnologias contraceptivas? A assimetria de gênero materializada nesses produtos se mantém, pois seguimos sem um novo anticoncepcional reversível para homens cis equivalente em segurança e eficácia a métodos femininos. Apesar de que pesquisas de novos métodos para eles tenham se iniciado no mesmo período das pesquisas que levaram à criação dos anticoncepcionais femininos modernos, ainda não temos uma pílula masculina<sup>1</sup> (MAY, 2010; OUDSHOORN, 2003).

Assim, até hoje, como métodos reversíveis, os homens cis têm disponível apenas o coito interrompido e o preservativo, uma tecnologia anterior à chamada revolução contraceptiva<sup>2</sup>. A vasectomia, por sua vez, é considerada pelos médicos em geral como um método de esterilização porque a sua reversibilidade não é garantida. O procedimento para a reversão é mais invasivo e custoso do que a vasectomia em si e a sua eficácia não é assegurada. Portanto, esse método é indicado principalmente para aqueles que não desejam mais ser férteis ou para aqueles que antes do procedimento realizem o congelamento de espermatozoides para futuras fertilizações.

É muito significativo que, enquanto mais de dez novas tecnologias anticoncepcionais para mulheres cis tenham sido criadas após a revolução contraceptiva, em sua maioria métodos hormonais, nenhuma nova tecnologia para homens cis foi lançada (OUDSHOORN, 2003). Além do foco no corpo das mulheres cisgêneros, é possível verificar que, ao mesmo tempo em que prevalece nos dias de hoje uma retórica dos direitos humanos, mais especificamente dos direitos sexuais e reprodutivos, o objetivo do controle populacional se mantém na produção de tecnologias anticoncepcionais, sendo materializado na ênfase em métodos sistêmicos, de longa duração e com pouca autonomia dos usuários para evitar os erros no uso dos produtos que poderiam acarretar gravidezes não planejadas. O argumento que relaciona crescimento populacional à pobreza e à degradação ambiental circula concomitantemente a argumentos

---

<sup>1</sup> Entre as diversas tecnologias contraceptivas para homens em desenvolvimento ou fracassadas, poucas têm ou tiveram a forma de uma pílula. A manutenção do termo “pílula masculina”, impreciso em certo sentido, deve-se a sua circulação no próprio campo analisado. Reportagens sobre artefatos que não têm formato de pílula utilizam tal termo para referenciá-los, demonstrando seu valor simbólico no campo da contracepção devido à história e ao impacto da pílula anticoncepcional.

<sup>2</sup> Tal revolução foi iniciada em meados do século passado e designa a criação dos contraceptivos modernos, sendo o lançamento da pílula anticoncepcional nos anos 1960 seu marco inicial.

relacionados aos direitos humanos no campo da contracepção, tanto para homens como para mulheres cis.

A percepção e a vivência da relativa não participação masculina na contracepção me inquieta há algum tempo. Em um primeiro momento, ao questionar a anticoncepção como tarefa e responsabilidade feminina, encarei o engajamento dos homens nesse âmbito como algo a ser incentivado nos termos da equidade e da divisão de responsabilidades e ônus. Ao me aprofundar sobre o tema, compreendi sua complexidade e a postura reticente de algumas mulheres e de vertentes dos feminismos. Dessa forma, acredito e defendo que tais tecnologias devem ser desenvolvidas desde uma perspectiva feminista e a partir de uma concepção dos direitos reprodutivos que não ameace a autonomia das mulheres sobre o próprio corpo ao considerar os homens como portadores dos mesmos direitos que elas em relação a uma gravidez. Inspirada pela existência das feministas biólogas e das neurofeministas estudadas por Marina Nucci (2015), gostaria de falar sobre uma rede feminista de desenvolvimento de contraceptivos para homens, mas essa não é a realidade, apesar de haver pesquisadoras e pesquisadores alinhados a importantes pautas feministas.

Para além do meu interesse político em uma divisão mais igualitária do trabalho reprodutivo – mais especificamente, do trabalho contraceptivo –, o desenvolvimento dessas tecnologias é um excelente objeto de análise para pensarmos diversas questões relevantes para os estudos de gênero e ciência. Sua produção está condicionada e também condiciona aspectos das relações entre os gêneros, concepções e intervenções biomédicas sobre corpos generificados, políticas populacionais e de direitos reprodutivos. Assim, falar sobre a produção de novos anticoncepcionais para homens é falar sobre tais temáticas e suas configurações na atualidade.

Com a pesquisa aqui apresentada, busco dar continuidade ao trabalho iniciado no meu mestrado, em que analisei uma instituição de grande importância para o fomento de tecnologias contraceptivas masculinas, a Male Contraception Initiative (MCI), ONG estadunidense que atua em prol da disponibilização de métodos não hormonais reversíveis para homens através da concessão de fundos para pesquisadores e da divulgação para o grande público das tecnologias em desenvolvimento. A presente pesquisa tem como objetivo analisar o trabalho de viabilização de anticoncepcionais masculinos a partir da revolução contraceptiva através de uma abordagem socioantropológica e feminista com base nos estudos de gênero e ciência. Mais especificamente, busquei apresentar e analisar alguns obstáculos que impediram o lançamento de uma pílula masculina e as estratégias de pesquisadores e fomentadores para superá-los, visando justamente ajudar a responder por que até hoje não temos uma pílula masculina.

Por poderem modificar a assimetria de gênero materializada nos métodos contraceptivos disponíveis atualmente, tendo o potencial para desestabilizar a noção da contracepção como uma tarefa e responsabilidade feminina, muitos apresentam essas tecnologias como revolucionárias, compreendendo-as como produtos que levam a relações mais igualitárias entre homens e mulheres. Não assumo essa perspectiva, pois a viabilização de contraceptivos masculinos não garantirá necessariamente maior equidade de gênero. O lançamento de uma pílula masculina também pode fortalecer o controle masculino e acarretar uma perda da autonomia feminina sobre a própria fertilidade. Não é possível prever o efeito de tal produto, que dependerá de como a sua viabilidade será construída e também de seus usos particulares em diversos contextos culturais.

Antes de prever as mudanças que tais tecnologias poderão ocasionar, não podemos sequer prever se elas estarão disponíveis para uso nos próximos anos. Apesar de especialistas afirmarem que teremos um novo método hormonal para homens em dez a quinze anos e que um método não hormonal também pode ser lançado nas próximas décadas, a biografia da pílula masculina apresentada por Nelly Oudshoorn (2003) no livro *The Male Pill* mostra que tais previsões já foram feitas muitas vezes e até então foram frustradas.

Oudshoorn (2003) aponta diversos fatores para explicar tal fracasso: a falta de interesse das grandes empresas farmacêuticas nos contraceptivos, principalmente nos masculinos; a falta de capital para pesquisa e desenvolvimento de anticoncepcionais para homens cis; o questionamento por possíveis investidores quanto à existência de demanda; os elevados parâmetros de segurança exigidos, por se tratar de uma tecnologia para uso em pessoas saudáveis para evitar um fenômeno que não ocorre em seus próprios corpos; a baixa tolerância a efeitos dos fármacos e artefatos na sexualidade e na saúde masculina em geral. Nesse contexto, tecnologias que foram anunciadas na grande mídia como promissoras desde a década de 1970, até hoje, não foram liberadas porque seus estudos clínicos foram suspensos – na maioria dos casos, por falta de verba ou por questões de segurança, relacionadas aos efeitos adversos.

Atualmente, identifiquei mais de vinte pesquisas em andamento que têm o objetivo de lançar um novo anticoncepcional reversível para homens – algumas ainda em fase inicial, mas várias já em estudos clínicos. Porém, muitos dos entraves apontados por Oudshoorn em seu livro sobre o campo da contracepção masculina no período entre o final dos anos 1960 e os anos 1990 se mantêm na atualidade. Em 2016, um estudo clínico de contraceptivo hormonal patrocinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi suspenso por questões de

segurança, gerando controvérsia entre especialistas, tal como ocorrido com outros estudos no passado.

Por tudo isso, não farei coro às previsões de lançamento de novos anticoncepcionais para homens. Meu foco é o processo para a viabilização dessas tecnologias porque tal processo gera discursos, práticas e artefatos que incidem sobre as relações de gênero, sobre a divisão sexual do trabalho, sobre corpos generificados, sobre a medicalização de corpos masculinos cisgêneros, sobre as políticas populacionais, sobre as masculinidades e feminilidades cisgêneros contemporâneas, sobre as paternidades e sobre direitos reprodutivos.

Acredito que a validade e a contribuição desta pesquisa para o campo dos estudos de gênero e ciência estão para além da possível disponibilização de uma pílula masculina no futuro. Segundo a abordagem dos estudos sociais da ciência e da tecnologia (ESCT), o processo de construção da viabilidade de qualquer tecnologia, independentemente do seu sucesso, é encarado como um fenômeno pleno de significado e um objeto de pesquisa relevante. Estudar uma tecnologia ainda em construção vai ao encontro da proposta de Latour (2000) de estudar não a ciência acabada, mas justamente a ciência em construção. Acompanhar o desenvolvimento de um fato ou artefato científico ainda não estabelecido pode possibilitar acesso a mais informações do que a pesquisa sobre uma teoria ou tecnologia já constituída e legitimada (PEREIRA, 2017). Por outro lado, torço para que novos contraceptivos masculinos reversíveis e seguros sejam lançados, a partir de uma perspectiva feminista de respeito à autonomia das mulheres sobre o próprio corpo e de compartilhamento das responsabilidades contraceptivas, conforme defendido também por alguns atores do campo, como será exposto adiante.

Para compreender por que até hoje não temos uma pílula masculina, começo questionando por que temos as tecnologias contraceptivas que temos e faço uma contextualização da produção e difusão dos contraceptivos modernos. No capítulo 1, é apresentada a configuração do crescimento populacional como um problema econômico, com ênfase na atualização e fortalecimento dessa tese em meados do século passado, que teve como resultado a adoção de políticas de controle populacional e o desenvolvimento e a difusão dos contraceptivos modernos mundialmente. No capítulo 2, o foco recai sobre a viabilização dos contraceptivos modernos, todos voltados para as mulheres. Nele, são apresentados os principais atores, ideologias, políticas públicas e tecnologias que configuraram o campo da contracepção a partir da revolução contraceptiva.

Já no capítulo 3, analiso como, apesar de todo o investimento em controle populacional descrito nos capítulos anteriores, os corpos masculinos cisgêneros ficaram relativamente

imunes à contracepção. O foco é posto na diferença de abordagem da biomedicina sobre homens e mulheres cis. No capítulo 4, apresento e analiso aspectos centrais do trabalho para a viabilização de novos anticoncepcionais masculinos a partir da revolução contraceptiva, com ênfase nos entraves encontrados e nas estratégias utilizadas para contorná-los. No capítulo 5, apresento e analiso o trabalho de viabilização cultural de contraceptivos masculinos realizado por um grupo de pesquisa estadunidense, o Emerge Lab. Tal grupo foi escolhido pela sua abordagem a partir da equidade de gênero.

Como a presente pesquisa se refere à viabilização de tecnologias contraceptivas para homens cisgêneros, ao longo dos capítulos optei por retirar a caracterização cis ou cisgênero para evitar a repetição e facilitar a fluidez do texto. Assim, ao me debruçar sobre tecnologias destinadas a pessoas cisgêneros, quando utilizar os termos homem/masculino e mulher/feminino, estarei me referindo apenas a esse grupo social específico de indivíduos cis. Cabe ressaltar, porém, que pessoas não cis também precisam de contraceptivos adequados a suas necessidades, mas ainda não são consideradas apropriadamente no campo da contracepção.

## 1 A POPULAÇÃO COMO UM PROBLEMA

O medo em relação ao tamanho da população foi – e segue sendo até hoje – um motor para a produção de tecnologias anticoncepcionais. No presente capítulo, serão apresentados aspectos da configuração do crescimento populacional como um problema econômico, com ênfase na atualização e fortalecimento dessa tese em meados do século passado, que teve como resultado a adoção de políticas de controle populacional e o desenvolvimento e a difusão dos contraceptivos modernos ao redor do mundo. Sem o pânico em relação ao tamanho da população mundial, não teríamos os anticoncepcionais que temos disponíveis atualmente, pois esses foram moldados prioritariamente para resolver o problema populacional.

Cabe ressaltar que tal problema parece ter perdido força no cenário geopolítico na atualidade, mas, no campo da contracepção, a lógica do controle populacional segue presente, como indica esta fala da médica Stephanie Page, especialista em contraceptivos masculinos, em uma entrevista em 2016: “(...) gravidezes não desejadas aumentam a pressão populacional e a escassez de recursos, afetando a todos do globo, metade dos quais são homens” (PEREIRA, 2017). Aqui, primeiramente, será apresentada e refutada a noção de perigo da superpopulação.

### 1.1 Superpopulação: a ideia que não morre

Betsy Hartmann (2016) defende que o mito da superpopulação é um dos mais difundidos no Ocidente, sendo muito atrativo pela sua simplicidade: há um perigo em relação ao crescimento populacional porque quanto mais pessoas, menos recursos estarão disponíveis. Esse mito marcou o desenvolvimento de tecnologias anticoncepcionais modernas e remonta ao pensamento de Thomas Malthus, reverendo e economista inglês, discípulo de Adam Smith e um dos expoentes da chamada escola clássica inglesa de economia política. Malthus criou uma teoria da população condenando o crescimento populacional.

Para Foucault (2012), o surgimento da população como problema econômico e político é uma novidade nas técnicas de poder no século XVIII:

Os governos percebem que não têm que lidar simplesmente com sujeitos, nem mesmo com um ‘povo’, porém com uma ‘população’, com seus fenômenos específicos e suas variedades próprias: natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência de doenças, forma de alimentação e de *habitat* (p. 31, destaque no original).

Até a Revolução Francesa, prevaleciam teses populacionistas do período mercantilista e o crescimento populacional era incentivado: “É verdade que já há muito tempo se afirmava que um país devia ser povoado se quisesse ser rico e poderoso” (FOUCAULT, 2012, p. 32). Malthus é considerado o precursor da perspectiva que questiona essa lógica de que o tamanho populacional indicava o poder de um Estado, caracterizando o crescimento da população como um perigo e algo a ser contido. Em 1798, publicou o *Ensaio sobre o Princípio da População* em que defende que o ritmo do crescimento populacional superaria o ritmo da produção dos meios de subsistência uma vez que o primeiro cresceria em progressão geométrica e o segundo em progressão aritmética (DRUCKER, 2020).

Malthus defendia que quando o desequilíbrio entre população e meios de subsistência chega a extremos, freios naturais, como fome, guerras e epidemias, temporariamente compensariam o aumento da natalidade com o incremento da mortalidade. Porém, além desses fatores repressivos naturais, considerava que existiam fatores preventivos, como o celibato e o corte de subsídios aos pobres, que seriam capazes de frear o aumento da população e por isso deveriam ser incentivados para diminuir a ocorrência dos freios naturais (ALVES; CORRÊA, 2003; MENDONÇA, 2014; SANDRONI, 1999; SOBRINHO, 1993).

O problema do empobrecimento da classe trabalhadora inglesa no contexto da Revolução Industrial era o pano de fundo do pensamento malthusiano. Seu *Ensaio sobre o Princípio da População* foi um contraponto a perspectivas revolucionárias do período, especialmente socialistas e comunistas, como a obra *Inquiry Concerning Political Justice* de Godwin que defendia que a miséria decorria da má organização da sociedade, ressaltando os problemas relacionados à propriedade privada (HUGON, 1984). A partir de uma abordagem contrarrevolucionária, Malthus propunha que a miséria decorria do descompasso entre o poder de reprodução da espécie humana e a capacidade de produção dos meios de subsistência. Apoiado nessa compreensão, caracterizava o crescimento populacional como um perigo, um problema a ser resolvido, e defendia que o Estado não prestasse assistência aos pobres para não os incentivar a procriar, bem como os aconselhasse a praticar o celibato ou a abstinência sexual (MENDONÇA, 2014; SANDRONI, 1999). Argumentava que somente poderiam ter filhos aqueles que tivessem condição de sustentá-los, ideia ainda bastante difundida na atualidade em debates acerca do planejamento reprodutivo.

Sua tese de crescimento catastrófico da população não se cumpriu, pois, para além dos eventos repressivos e preventivos por ele considerados, diversos outros fatores impactaram tanto o crescimento populacional como a produção dos meios de subsistência. Processos complexos como a urbanização, a industrialização e modificações nas relações de gênero, mais

especificamente na divisão sexual do trabalho, levaram à diminuição do crescimento populacional. Já a previsão de escassez de recursos devido à quantidade de pessoas no mundo nunca se cumpriu porque não levou em consideração a possibilidade de ampliação da capacidade produtiva. Apesar da análise de Malthus não ter se confirmado, tendo sido refutada por diversos autores, como Fourier e Marx, o mito da superpopulação encontrou um terreno fértil e a abordagem malthusiana se manteve como a mais influente corrente de pensamento sobre a questão populacional (ALVES; CORRÊA, 2003).

Em contraposição à perspectiva malthusiana, que encara o aumento da população como um perigo, outras abordagens o consideram um fator neutro ou positivo. Marxistas e liberais<sup>3</sup>, em geral, tendem a encarar o crescimento populacional como algo que em si não pode ser considerado positivo ou negativo, sendo seus efeitos dependentes de outros fatores. Alguns atores, como certos grupos religiosos e alguns grupos nacionalistas, consideram o crescimento populacional como algo benéfico e adotam uma postura pró-natalista. Para os eugenistas<sup>4</sup>, por sua vez, a questão não estaria no tamanho populacional, mas sim na sua qualidade (ALVES; CORRÊA, 2003; HARTMANN, 2016; SANDRONI, 1999). Porém, como citado, nenhuma dessas abordagens alcançou a hegemonia da concepção malthusiana.

Devido ao sucesso da tese de Malthus, é possível afirmar que há neomalthusianos desde a divulgação da sua obra e esses atualizaram o mito da superpopulação como um perigo iminente (HUGON, 1984). No entanto, uma diferença importante entre Malthus e neomalthusianos é que muitos dos últimos não se opõem aos contraceptivos como o reverendo, concebendo-os como uma solução para o problema populacional e suas mazelas (CORRÊA, ALVES, JANNUZZI, 2003; HARTMANN, 2016).

Assim como Malthus focou no crescimento da população para explicar as desigualdades em um contexto revolucionário, ideias neomalthusianas tiveram grande receptividade em uma conjuntura de revolução social marcada pelas lutas por independência de colônias na África e na Ásia, pelas revoluções chinesa, cubana e no Leste Europeu, bem como pelas tensões relacionadas à Guerra Fria (MENDONÇA, 2014). A atualização do pensamento malthusiano foi propagada principalmente por contrarrevolucionários para explicar as desigualdades sociais entre países e dentro deles.

---

<sup>3</sup> É importante ressaltar que o próprio Malthus é considerado um economista liberal, mas há diversos liberais e dentre eles a questão populacional é tratada de diferentes maneiras. Da mesma forma, perspectivas neomalthusianas foram adotadas também por alguns marxistas como Rosa Luxemburgo (DAVIS, 2016).

<sup>4</sup> Eugenistas é o nome dado a adeptos da eugenia, que pode ser compreendida, em linhas gerais, como uma abordagem racista, então tida como científica, que visava ao aperfeiçoamento da espécie humana através de intervenções de distintas ordens sobre a hereditariedade das pessoas.

Após a Segunda Guerra Mundial, o Sul Global apresentava, em geral, maiores taxas de natalidade e aqueles países que tinham maior crescimento da população tendiam a apresentar menor renda per capita. Tal vinculação na conjuntura dos conflitos característicos da Guerra Fria passou a ser encarada como uma relação de causa e efeito pelos neomalthusianos, sendo o aumento da natalidade responsabilizado pela pobreza e vários outros problemas sociais. Desta forma, uma abordagem demográfica neomalthusiana ganhou relevância buscando explicar principalmente a situação dos países do então chamado Terceiro Mundo. O crescimento populacional desses países foi por ela classificado como uma explosão<sup>5</sup> demográfica e responsabilizado pela pobreza e demais problemas sociais, sendo o controle populacional considerado um requisito necessário ao desenvolvimento econômico (SANDRONI, 1999).

Ao descrever o neomalthusianismo desse período, Hartmann (2016) afirma que a lógica de Malthus do perigo populacional foi reinterpretada e aplicada de maneira seletiva às nações pobres e a grupos minoritários dos países ricos. O risco da superpopulação nesse contexto se encontrava prioritariamente no Sul Global e tinha classe, raça e etnia específicas. Essa autora defende que vigorava um duplo padrão ético e científico, pois, enquanto pessoas de classe média e alta de países ricos tinham certos direitos de escolha sobre sua reprodução, os mais vulneráveis se encontravam submetidos ao controle populacional. Desta forma, argumenta que em meados do século passado houve uma partilha em que a lógica dos direitos humanos prevalecia para uns e a lógica malthusiana para outros.

Nesse período de fortalecimento de tal perspectiva neomalthusiana e sua busca por resolver o problema da superpopulação, outras abordagens demográficas se contrapunham a ela ao inverter a relação “crescimento populacional gera pobreza”. Compreendiam a pobreza como a causa do alto número de nascimentos e defendiam que melhores condições de vida levariam à diminuição da taxa de natalidade. A abordagem da transição demográfica exemplifica esse contraponto ao neomalthusianismo, pois ela identifica o desenvolvimento econômico como causa da diminuição das altas taxas de mortalidade e de natalidade então associadas a sociedades agrárias e de baixa renda. Em relação aos nascimentos, aponta que os processos de urbanização e de industrialização, associados ao desenvolvimento, fazem com que a família perca importância como unidade produtora e haja uma mudança em relação ao custo/benefício

---

<sup>5</sup> No contexto da Guerra Fria, metáforas bélicas – “explosão demográfica” e “bomba populacional” – foram usadas para se referir ao crescimento populacional de então e caracterizá-lo como algo extremamente perigoso e que podia fugir do controle. Inclusive, em 1968, foi publicado o livro “*The Population Bomb*”, de Paul Ehrlich e Anne Ehrlich, prevendo a fome mundial e outras catástrofes devido à superpopulação.

de se ter filhos, levando à diminuição da taxa de natalidade (ALVES; CORRÊA, 2003; HARTMANN, 2016).

Alguns teóricos da transição demográfica se aproximaram da perspectiva neomalthusiana, uma vez que assumiram que tal transição do perfil populacional ocorrida na Europa não ocorreria nos países do então chamado Terceiro Mundo. Esses demógrafos encaravam que a queda nas taxas de mortalidade acontecia nos países pobres graças a forças externas, sendo resultado da importação de tecnologias provenientes de países industrializados, mas que a taxa de natalidade se manteria alta, uma vez que não seria impactada por mudanças na estrutura econômica e social desses países como as que ocorreram na Europa. Assim, sem políticas de controle populacional, argumentavam que as pessoas viveriam mais e simultaneamente o número de nascimentos seguiria crescendo. Porém, outros partidários dessa teoria não interpretavam o crescimento populacional verificado em países do Sul Global nesse período como um problema, pois o encaravam como algo transitório, sendo resultado do lapso de tempo entre o início do declínio da mortalidade e o início do declínio dos nascimentos. Defendiam que o desenvolvimento econômico teria inicialmente maior impacto sobre a mortalidade do que sobre a natalidade (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2003; HODGSON; WATKINS, 1997).

Um dos principais equívocos do neomalthusianismo predominante na Guerra Fria foi desconsiderar a distribuição da renda, naturalizando as relações colonialistas e imperialistas entre nações, bem como as relações de classe, raça, etnia e gênero. O problema não se encontrava na existência de muitas pessoas no mundo em relação a poucos recursos, mas sim no modo de produção capitalista e sua distribuição de riqueza entre nações, classes, gêneros, grupos étnicos e raciais. O neomalthusianismo desse período propunha controle populacional no lugar de justiça social, tal como fez Malthus no contexto da Revolução Industrial (HARTMANN, 2016).

Assim como a teoria malthusiana, as proposições neomalthusianas também não se confirmaram. Já no final do século passado, o crescimento populacional estava declinando em todo o mundo e, entre os anos 1950 e 1970, houve aumento na renda per capita na maioria dos países, incluindo aqueles com altas taxas de natalidade, exemplificando que o aumento populacional não é necessariamente um entrave ao desenvolvimento (SANDRONI, 1999). Porém, apesar de significativas mudanças populacionais, com a maioria dos países tendo vivenciado uma transição demográfica com a diminuição do tamanho das famílias e diversos casos que comprovam que o crescimento populacional não é necessariamente um entrave ao desenvolvimento, permanece até hoje a crença no perigo da superpopulação.

Em artigo sobre mitos científicos que não morrem, o crescimento exponencial da população figura entre os cinco mitos selecionados. Nesse texto, o demógrafo Joel Cohen é citado e defende que a população não aumentou de forma exponencial e é improvável que isso venha a acontecer, indicando que atualmente sua taxa de crescimento mundial é a metade da observada antes de 1965 (SCUDELLARI, 2015). Inclusive, o declínio das taxas de fecundidade e de natalidade<sup>6</sup> é encarado com preocupação por muitos atores em relação a alguns países como Japão, Portugal, Espanha, Itália e Grécia. Tal diminuição é compreendida por alguns grupos como podendo levar ao envelhecimento da população e à incapacidade de substituição das gerações ao longo dos anos.

A partir da perspectiva neomalthusiana, a superpopulação é concebida como a causa da fome. Contudo, de acordo com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), a produção global de alimentos supera o crescimento populacional. Somente a produção mundial de cereais tem a quantidade de calorias necessárias para alimentar entre dez e doze bilhões de pessoas. Falta comida para todos porque 55% do que é cultivado é direcionado para alimentar gado, para a fabricação de combustíveis e outros materiais ou é desperdiçado sendo descartado. Os 45% restantes não são distribuídos igualmente, sendo concentrados nas mãos dos mais ricos (SCUDELLARI, 2015).

Além da fome, a pobreza, a violência, a mudança climática, a degradação do meio ambiente, a migração, a escassez de recursos, entre outras adversidades, são concebidas como resultado da superpopulação, ofuscando, assim, o papel do modo de produção capitalista com sua concentração de riquezas, padrão de consumo e consequente destruição ambiental. Segundo relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) publicado em 2020, mundialmente a renda e a riqueza estão cada vez mais concentradas no topo. Na maioria dos países analisados, houve aumento na renda pertencente aos membros do 1% mais rico da população e em todos eles, os 40% mais pobres ganham menos de 25% da renda total (UNITED NATIONS, 2020). Como observa Hartmann (2016), o mito da superpopulação é muito útil para esconder o real problema: poucas pessoas detêm muitos recursos. Não se trata de excesso de pessoas, mas de um problema do modo de produção.

Se nem a teoria malthusiana, nem as proposições neomalthusianas se confirmaram, por que o mito da superpopulação segue tendo tanto sucesso e difusão mesmo com as mudanças demográficas ocorridas no final do século passado e início deste século? Por que o mito da superpopulação segue tendo tanto sucesso e difusão apesar dos dados que demonstram que não

---

<sup>6</sup> A taxa de fecundidade se refere ao número médio de filhos nascidos vivos tido por uma mulher ao longo do seu período reprodutivo. Já a taxa de natalidade se refere ao número de nascidos em relação à população total.

se trata de escassez de recursos, mas da forma como são produzidos, distribuídos e consumidos? Hartmann (2016) faz esse questionamento e aponta, como já citado, a simplicidade do argumento “mais pessoas, menos recursos disponíveis” e o fato de sermos, em geral, analfabetos demograficamente, no sentido de não termos formação para compreender as complexas dinâmicas populacionais. Porém, ele ressalta que o principal motivo seria a utilidade desse mito como uma cortina de fumaça ou um bode expiatório que culpa os próprios pobres por sua pobreza. Josué de Castro (1957, p. 66-67), explicita essa questão:

Os neomalthusianos, ao afirmarem que o mundo vive faminto e está condenado a perecer numa epidemia total de fome porque os homens não controlam de maneira adequada os nascimentos de novos seres humanos, não fazem mais do que atribuir a culpa da fome aos próprios famintos. Aumentando a pressão demográfica do mundo, mercê do seu delírio reprodutivo, esses povos famintos não passam, a seu ver, de povos criminosos, criminosos culpados desse feio e tremendo crime de passar fome. A teoria neomalthusiana é, em última análise, uma teoria do faminto-nato. O faminto passa fome porque é faminto-nato, como o criminoso da antiga teoria lombrosiana mata e rouba por ser criminoso-nato. Como os criminosos-natos, merecem os famintos um castigo exemplar e, por isto, os neomalthusianos os condenam ao extermínio, individualmente, levando-os a morrer de inanição, e coletivamente, controlando-lhes os nascimentos, até que desapareça do mundo a raça dos famintos-natos, desses criminosos-natos, culpados do crime masoquista de criar a fome e sofrer suas consequências.

O mito da superpopulação pode até não ter a mesma força que já teve no cenário geopolítico, mas se mantém com novas linguagens, associado a novas causas, atores e argumentos. A sua atualização através de interseção com uma linguagem ambientalista, bem como com uma linguagem dos direitos reprodutivos e do feminismo exemplifica esse fenômeno e marca o campo da contracepção nos dias de hoje (HARTMANN, 2016).

O perigo da superpopulação foi decisivo para a revolução contraceptiva e segue atuando no campo da contracepção. Sem ele, a história dos contraceptivos modernos seria distinta, pois muitos dos seus promotores estavam engajados no fomento, produção e distribuição dessas tecnologias a partir de uma perspectiva neomalthusiana e eugênica, buscando diminuir o tamanho de determinadas populações. Bijker e Law (1992) afirmam que as nossas tecnologias poderiam ser diferentes se outras abordagens tivessem prevalecido. No caso dos contraceptivos modernos, é necessário questionar como eles seriam se não tivessem sido atrelados ao problema da “bomba populacional”.

Para compreender a configuração do campo da contracepção e o trabalho para a viabilização de contraceptivos masculinos na atualidade, é necessário situar historicamente a perigosa relação entre as tecnologias contraceptivas modernas e políticas de controle populacional que buscaram resolver o problema da superpopulação. A seguir, serão apresentados aspectos da consolidação do controle populacional como uma política internacional em meados do século passado, já que tal política e seus atores moldaram

programas de planejamento familiar<sup>7</sup> ao redor do mundo e a produção dos contraceptivos modernos.

## **1.2 Consolidação do controle populacional como política internacional**

Após a Segunda Guerra Mundial, o controle populacional foi instituído como uma política internacional estratégica para alcançar o desenvolvimento a partir da perspectiva neomalthusiana que preconizava a distribuição mundial de tecnologias contraceptivas baratas, eficazes e de fácil administração como solução para conter o crescimento da população e seus perigos, principalmente nos países periféricos que passaram a receber ajuda internacional para a implementação ou a intensificação de programas de planejamento familiar (HARTMANN, 2016). Nessa seção, serão destacados atores e fatos centrais para a consolidação dessa política internacional, os argumentos utilizados pelos seus defensores bem como pelos seus opositores. Será focado primeiramente o período de 1950 até 1980, por ser considerado o período de auge das políticas neomalthusianas. Nos anos 1980, ocorreu um ressurgimento do conservadorismo moral e religioso nos debates sobre população que introduziu novos atores na disputa em relação à hegemonia neomalthusiana.

No contexto dessa política internacional de controle populacional, o conceito de planejamento familiar, que enfatiza a escolha individual ou do casal para planejar e alcançar o número desejado de filhos, bem como a época e o espaçamento das gravidezes, passou a ser usado como sinônimo de práticas de controle de taxas de fertilidade. A linguagem e conceitos do planejamento familiar foram apropriados pela política internacional de controle populacional (MAY, 2010; SOCOLOW, 2019). Portanto, aqui, optei por usar o termo planejamento familiar no contexto da política internacional de controle populacional fazendo referência a essa concepção controlista em que planejamento familiar está associado à redução de taxa de natalidade.

---

<sup>7</sup> Atualmente, no contexto brasileiro, a expressão planejamento reprodutivo é considerada mais adequada do que a expressão planejamento familiar para ressaltar que cada indivíduo tem direitos reprodutivos e deve ter acesso a meios de planejar sua vida reprodutiva independentemente do seu estado civil ou do seu pertencimento a uma determinada configuração familiar. Porém, mantive a expressão planejamento familiar porque era a utilizada no contexto aqui descrito e por fazer referência a abordagem então predominante.

As agências privadas, ONGs e fundações populacionais<sup>8</sup> de países ricos, com destaque para as estadunidenses, foram atores centrais para a institucionalização do controle populacional como política internacional em meados do século XX. Em geral, tais instituições foram responsáveis pela provisão de tecnologias e serviços reprodutivos a populações vulneráveis e desassistidas, realizando um trabalho de extrema importância ao garantir o acesso desses grupos a tais produtos e cuidados. Por outro lado, também foram responsáveis por negligenciar a saúde dessas populações a partir de uma lógica neomalthusiana em que prevalecia como objetivo a diminuição do crescimento populacional e não a saúde e o bem-estar das assistidas – no feminino porque os projetos de planejamento familiar dessas instituições focaram principalmente nas mulheres (HARTMANN, 2016; HODGSON; WATKINS, 1997).

A International Planned Parenthood Federation (IPPF)<sup>9</sup> foi criada em 1952 para expandir programas de planejamento familiar para o exterior com uma retórica dos direitos humanos, mas também do controle populacional. Nesse mesmo ano, ocorreu nos Estados Unidos uma conferência sobre controle populacional promovida pelo filantropo milionário John D. Rockefeller III. Dela participaram conservadores, membros da Planned Parenthood Federation of America (PPFA), demógrafos e especialistas em desenvolvimento. Como resultado desse encontro, Rockefeller III criou a ONG Population Council, instituição populacional promotora de pesquisa e desenvolvimento de contraceptivos até hoje, com papel de destaque no campo dos anticoncepcionais para homens. Já em 1955, o Population Council estava aconselhando o governo da Índia na criação de um programa de planejamento familiar e em 1959 atuava no Paquistão (ALVES; CORRÊA, 2003; CUETO; BROWN; FEE, 2019; HARTMANN, 2016; HODGSON; WATKINS, 1997).

Outra instituição estadunidense pioneira foi a Ford Foundation que, em trinta anos, alocou 260 milhões de dólares em projetos sobre população e teve também grande influência no planejamento familiar indiano, chegando a investir nove milhões de dólares nesse programa em 1958. A primeira geração de especialistas dessa organização considerava a coerção um método aceitável para os programas de planejamento familiar. Contudo, em meados da década de 1980, houve uma reestruturação na Ford Foundation e seu programa populacional foi transformado em um programa de saúde reprodutiva com foco em estudos sobre a mulher e

---

<sup>8</sup> Para simplificar, tais agências, ONGs e fundações serão referidas no texto como “instituições populacionais”; “instituições de população”; “organizações populacionais”; ou “organizações de população”.

<sup>9</sup> A IPPF será apresentada com mais detalhes adiante devido a sua importância para o desenvolvimento e difusão de contraceptivos modernos.

saúde materno infantil (ALVES; CORRÊA, 2003; CUETO; BROWN; FEE, 2019; HARTMANN, 2016).

Em 1957, representantes do Population Council, da Laurence Rockefeller's Conservation Foundation e da Planned Parenthood lançaram um relatório sobre o problema populacional com o título População: Um Dilema Internacional (*Population: An International Dilemma*) que definia o crescimento populacional como a maior ameaça à estabilidade política mundial. Em relação aos países caracterizados no documento como pertencentes ao Terceiro Mundo, foi proposto como estratégia não explicitar os interesses estadunidenses no controle de suas populações, mas focar no engajamento das elites nacionais para que essas, uma vez convencidas, pudessem obter apoio para a causa em seus países (HARTMANN, 2016).

Tal procedimento guiou a atuação das instituições populacionais no exterior e elas realizaram alianças com profissionais da saúde, políticos, membros do governo, intelectuais e representantes de agências privadas, fundações ou ONGs dos países onde as intervenções eram realizadas. A formação nos EUA de profissionais oriundos de países periféricos e a criação de centros de pesquisa com foco na população, tanto nos EUA como em tais países, marcaram esse processo. Desde o começo dos anos 1950, grandes quantias provenientes das instituições de população, com destaque para a Fundação Ford, o Population Council e outras organizações da família Rockefeller, financiavam estudos populacionais gerando o que alguns especialistas chamaram de culto ao controle populacional na academia dos EUA (HARTMANN, 2016; HODGSON; WATKINS, 1997).

O envolvimento direto e explícito do governo estadunidense nos programas de planejamento familiar neomalthusianos através da legislação e de programas de ajuda internacional realizados pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) foi um pouco posterior, começando em meados dos anos 1960. Entretanto, é importante ressaltar que muitas das instituições de população já recebiam apoio estatal, mesmo antes da atuação governamental direta. Em 1966, pela primeira vez, um projeto de lei estadunidense ressaltou a relação entre a explosão populacional e a crise alimentar, propondo que verbas alocadas para a questão da fome fossem utilizadas para financiar programas de planejamento familiar nos países periféricos. Em oito anos, de 1965 a 1973, a USAID destinou 500 milhões de dólares para métodos contraceptivos e políticas de planejamento familiar em países estrangeiros. Ficou famosa a declaração do presidente Lyndon Johnson, em 1965, de que o investimento de cinco dólares em controle populacional equivalia a investir cem dólares em desenvolvimento. Além dos EUA, Alemanha, Noruega, Suécia, Reino Unido, Holanda, Canadá, Dinamarca, Suíça, Austrália, Finlândia e Japão se destacaram

no investimento em programas de planejamento familiar após a Segunda Guerra Mundial (ALVES; CORRÊA, 2003; CUETO; BROWN; FEE, 2019; HARTMANN, 2016).

O neomalthusianismo alcançou o status de política internacional, mas também foi muito atacado. Nos conflitos característicos da Guerra Fria, enquanto o bloco capitalista defendia prioritariamente políticas neomalthusianas de planejamento familiar como solução para a pobreza, o bloco comunista defendia prioritariamente o desenvolvimento e denunciava tais políticas controlistas neomalthusianas em nações do então chamado Terceiro Mundo como expressões do imperialismo. A perspectiva adotada pela União Soviética (URSS) era que as preocupações com o crescimento populacional eram uma desculpa para mascarar problemas do sistema capitalista e os programas de planejamento familiar eram políticas que visavam limitar o potencial revolucionário de países considerados em desenvolvimento (ALVES; CORRÊA, 2003).

Após a Segunda Guerra Mundial, a URSS e as nações comunistas do Leste Europeu adotaram políticas pró-natalistas e restringiram o acesso a tecnologias contraceptivas como resposta ao declínio de suas populações gerado pela guerra. No final dos anos 1960, a URSS passou a adotar uma perspectiva mais positiva sobre o planejamento familiar, mas seguia enfatizando o desenvolvimento (CUETO; BROWN; FEE, 2019). Como será exposto adiante, alguns países do bloco comunista, como China e Cuba, adotaram políticas neomalthusianas.

Além do bloco comunista, países do então chamado Terceiro Mundo, principal foco das políticas controlistas, e movimentos sociais, como os movimentos feministas e negros, também se opuseram às políticas populacionais. Apesar de defenderem e lutarem por maior acesso à contracepção e ao aborto, diversos movimentos de mulheres se posicionavam contra a forma como a difusão dos anticoncepcionais ocorria e a segurança dos dispositivos e procedimentos disponibilizados. Hodgson e Watkins (1997) apontam que, entre vertentes feministas estadunidenses em meados do século passado, as feministas radicais apresentavam as críticas mais contundentes às políticas neomalthusianas. As feministas liberais, por sua vez, tinham como foco principal as desigualdades no mercado de trabalho e encaravam a capacidade de controle reprodutivo por parte das mulheres como um requisito para sua melhor colocação profissional, apresentando a princípio uma posição favorável à difusão da contracepção que não problematizava a política de controle populacional por trás de tal difusão. Inclusive, a linguagem do feminismo liberal que associava o controle reprodutivo com a melhoria da condição feminina foi também utilizada pelas políticas de controle populacional.

A ONU atuou nessa área principalmente com a organização de conferências internacionais sobre o tema, através do Banco Mundial e do Fundo de População das Nações

Unidas (FNUAP) (HARTMANN, 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou primeiramente uma postura cautelosa em relação às políticas populacionais. Em sua V Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em 1952, houve a disputa entre duas teses: a que defendia que os problemas populacionais não requeriam ação da OMS e a que defendia que a explosão demográfica era um tema pertinente a essa agência. Ganhou a primeira abordagem e prevaleceu a noção de que a agência não deveria se envolver em atividades de planejamento familiar (BERQUÓ, 2014).

Nos anos 1960, tal postura mudou e, no final dessa década, a OMS reconheceu a importância do planejamento familiar como parte de serviços de saúde materno-infantil, inserido como um componente dos serviços básicos de saúde. Porém, essa agência ressaltou seu rechaço a práticas coercitivas e à implementação vertical de programas de planejamento familiar deslocados da assistência básica à saúde, o que era a realidade em muitos países. A posição reticente da OMS em relação ao campo do planejamento familiar é exemplificada por seu diretor-geral durante o período de 1953 a 1973, o médico brasileiro Marcolino Gomes Candau, que inicialmente questionou anticoncepcionais como a pílula e o dispositivo intrauterino (DIU). Em um artigo de jornal publicado em 1967, ele foi citado defendendo que tais contraceptivos não eram ideais e deveriam passar por estudos rigorosos em países considerados em desenvolvimento. Devido a tal posicionamento crítico da OMS, as instituições de população passaram a considerá-la inadequada para a promoção do planejamento familiar. Agências e especialistas em população neomalthusianos defendiam que as políticas de planejamento familiar não ficassem sob o controle de médicos porque esses poderiam diminuir as metas demográficas e tirar o foco do planejamento familiar ao inseri-lo na atenção básica à saúde. Considerando a OMS inapropriada para conduzir o planejamento familiar, doadores privados e agências bilaterais criaram em 1969 o Fundo de População (FNUAP), que passou a ser o ator central da ONU para as questões populacionais (CUETO; BROWN; FEE, 2019).

A partir da década de 1970, o papel da OMS no campo do planejamento familiar mudou. Já no ano de 1970, foi criado o Programa Especial de Pesquisa em Reprodução Humana (*Special Program of Research in Human Reproduction*) que em 1975 lançou uma força tarefa para o desenvolvimento de contraceptivos de longa duração<sup>10</sup>. Em relação ao aborto, havia uma rejeição inicial da agência a essa prática nos anos 1960, mas na década seguinte houve o apoio ao procedimento nos países onde era legalizado. Em relação à esterilização, a agência nunca endossou totalmente tal prática, mas também nos anos 1970 passou a ser menos crítica a ela.

---

<sup>10</sup> Considera-se de longa duração os contraceptivos possuem eficácia por no mínimo três anos.

Apesar da participação da OMS, o FNUAP se manteve hegemônico para as questões populacionais até meados dos anos 1970 (CUETO; BROWN; FEE, 2019).

Tiveram grande impacto no tema da população as conferências sobre o tema organizadas pela ONU. As primeiras Conferências Mundiais de População realizadas em Roma em 1954 e em Belgrado em 1965 foram marcadas pela perspectiva neomalthusiana do perigo da explosão demográfica. Em Belgrado, já houve menção à esterilização masculina, ao aborto e a métodos contraceptivos modernos, como a pílula e o DIU. Nessa conferência, posições divergentes ao neomalthusianismo foram apresentadas principalmente pela China e pela URSS, representantes do bloco comunista. Tais atores denunciaram o planejamento familiar como política imperialista para controlar as nações pobres e diminuir a migração, defendendo a necessidade de substituí-las por apoio ao desenvolvimento dos países periféricos e mudanças no comércio internacional. Já os países não alinhados do então chamado Terceiro Mundo apresentaram três posições: o pró-natalismo; a neutralidade; e a adesão ao controlismo neomalthusiano. Nessa conjuntura geopolítica, certas perspectivas anticapitalistas associavam as tecnologias contraceptivas ao imperialismo com suas políticas neomalthusianas de metas populacionais (ALVES; CORRÊA, 2003; CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2003).

Na terceira conferência da ONU sobre população, realizada em Bucareste em 1974, houve uma relativa derrota do neomalthusianismo uma vez que a maioria dos 137 países participantes se posicionaram contra essa perspectiva. Os países do Sul Global em geral contestaram a ideia de que o chamado subdesenvolvimento era consequência das altas taxas de natalidade e defenderam que o oposto ocorria: essas altas taxas seriam consequência do subdesenvolvimento. A posição vitoriosa nessa conferência pode ser resumida pela seguinte afirmação do ministro da saúde indiano Karan Singh: “o desenvolvimento é o melhor contraceptivo”. Inclusive, o já citado Rockefeller III, presidente da Fundação Rockefeller e do Population Council, passou a defender, após Bucareste, que a política populacional deveria ser inserida no contexto do desenvolvimento socioeconômico. O texto final da conferência se posiciona contra práticas demográficas coercitivas e defende o direito de indivíduos e casais determinarem livremente o número de filhos que desejam e o intervalo entre eles (ALVES; CORRÊA, 2003; CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2003; CUETO; BROWN; FEE, 2019; HODGSON; WATKINS, 1997).

A derrota do neomalthusianismo foi relativa porque foi mais retórica do que prática. Políticas com essa abordagem seguiram ou foram implementadas, inclusive nos principais países que foram críticos a ela em Bucareste. Um ano após a Conferência, a Índia intensificou seu programa nacional de planejamento familiar de abordagem neomalthusiana e a esterilização

por coerção chegou a ser permitida. A posição “o desenvolvimento é o melhor contraceptivo”, adotada em Bucareste, deve ser compreendida como um posicionamento político em um cenário internacional de luta por soberania nacional e por distribuição de riquezas entre as nações consideradas desenvolvidas e as em desenvolvimento. Na política doméstica indiana, tal posição não teve impacto e inclusive o seu autor, o ministro da saúde Singh, reverteu publicamente o seu pronunciamento no contexto de intensificação do programa de planejamento familiar em 1975, quando a ideia de que o crescimento populacional seria um entrave ao desenvolvimento era dominante no país (CUETO; BROWN; FEE, 2019).

Na China, em 1979, o Partido Comunista passou a adotar metas demográficas anuais e implementou a política do filho único, sendo o primeiro país a punir diretamente indivíduos por violarem a política demográfica. O México, que, apesar das pressões do imperialismo estadunidense, mantinha vínculos com o bloco comunista e em Bucareste estava alinhado à crítica ao neomalthusianismo, um ano após a Conferência também realizou política populacional com metas demográficas. Cuba, que após a revolução legalizou o aborto e foi também forte oponente ao neomalthusianismo em Bucareste, implementou uma política de amplo acesso a contraceptivos com a participação de instituições neomalthusianas controlistas como a IPPF e o FNUAP (ALVES; CORRÊA, 2003).

As críticas ao neomalthusianismo também não impactaram efetivamente a atuação de atores centrais para a política internacional de controle populacional. O governo dos EUA em 1974, alguns meses após a Conferência de Bucareste, produziu o “*National Security Study Memorandum 200: Implications of Worldwide Population Growth for U.S. Security and Overseas Interests*”, relatório então confidencial que defendia que o crescimento populacional dos países periféricos seria uma questão de segurança nacional estadunidense e que políticas de controle populacional deveriam ser priorizadas. Treze países estavam listados como centrais para a atuação, entre eles figurava o Brasil, e em 1975 as diretrizes desse relatório foram adotadas como política de segurança nacional. Conhecido como relatório Kissinger – em relação ao nome do então diretor do órgão produtor do relatório, Henry Kissinger do United States Security Council –, defendia que o controle populacional deveria se utilizar das mulheres e dos movimentos feministas, adotando a linguagem feminista como eufemismos para os objetivos controlistas (BRASIL, 1993; HARTMANN, 2016).

Foi no contexto dessa política internacional de controle populacional que diversos programas de planejamento familiar neomalthusianos foram implementados ao redor do mundo, sendo responsáveis pela difusão mundial dos contraceptivos modernos. A seguir, alguns desse programas serão apresentados.

### 1.3 Programas de planejamento familiar neomalthusianos

As agências de população apresentavam o programa de planejamento familiar implementado na Indonésia em 1970 como um modelo bem-sucedido a ser copiado em outras nações periféricas porque esse país obteve uma diminuição significativa da taxa de fecundidade e um aumento do uso de métodos contraceptivos modernos (WARWICK, 1986). Tal programa foi marcado pela criação de grupos de mulheres usuárias de contraceptivos que possuíam uma liderança, geralmente a esposa de algum político local, que atuava como intermediária entre a clínica de planejamento familiar e as outras mulheres do grupo. Essa configuração permitiu que se garantisse um suprimento constante de tecnologias contraceptivas a nível local através dessas lideranças que atuavam como incentivadoras da contracepção (HARTMANN, 2016).

No entanto, para além do êxito dos grupos de mulheres, o programa indonésio compartilhava muitas características com programas de planejamento familiar da época: metas populacionais a serem alcançadas; foco nas mulheres e em tecnologias mais eficazes de contracepção; uso da coerção; e ênfase nos serviços de planejamento familiar em relação a outros serviços da atenção básica à saúde. Supostamente, diversos métodos contraceptivos estavam disponíveis no país, mas na prática a escolha era limitada, sendo incentivado apenas o uso dos mais eficazes, a pílula, o DIU e a injeção, que passaram a ser as tecnologias mais utilizadas. Com o desenvolvimento do implante Norplant, em 1982, esse dispositivo foi amplamente adotado. Enquanto tais métodos eram promovidos, não existia uma infraestrutura de serviços de saúde adequada para o tratamento de possíveis efeitos adversos, exames de rotina ou monitoramento do uso dessas tecnologias por longos períodos. A relevância do controle populacional é evidenciada pelo dado de que, em meados dos anos 1980, havia na Indonésia o dobro de clínicas de planejamento familiar em relação às de atenção básica à saúde (HARTMANN, 2016).

Além disso, durante a crise orçamentária dos anos 1980, apesar da redução de gastos na área da saúde em geral, não houve cortes no planejamento familiar no país. No início dessa década, houve a intensificação da política de controle populacional na Indonésia e foi lançada uma campanha de inserção em massa de DIU. Foram realizados eventos, em que milhares de mulheres eram reunidas para a colocação desse dispositivo que ficaram conhecidos na época como safáris, tal nomenclatura racista escancara a desumanização das mulheres submetidas à inserção do DIU. Muitas vezes autoridades locais participavam deles, o então presidente

Suharto chegou a estar presente em alguns, dando uma atmosfera de celebração e entretenimento, apesar de muitas mulheres estarem realizando o procedimento sob pressão. Nesse mesmo período, a USAID teve papel crucial na promoção da esterilização no país ao promover financiamento para esterilização em massa e pressionar o governo indonésio para cumprir suas metas demográficas (HARTMANN, 2016).

Apesar de focado prioritariamente nas mulheres, o programa de planejamento familiar na Indonésia incentivava também a realização de vasectomias. Em 1990, denúncias sobre a realização de tal procedimento de forma coercitiva foram divulgadas por meios de comunicação indonésios e estrangeiros. Uma investigação patrocinada pelo governo australiano, que foi realizada pelo demógrafo Terence Hull, constatou que as acusações de coerção eram exageradas, porém o próprio Hull afirmou, contraditoriamente, que muitas pessoas na Indonésia demonstravam insatisfação com o envolvimento de forças policiais no programa de planejamento familiar e declaravam que foram pressionadas a usar um método que não queriam. Essa investigação australiana foi motivada por denúncias em relação a vasectomias, mas a coerção recaía principalmente sobre as mulheres porque, como mencionado, o programa de planejamento familiar era direcionado a elas (HARTMANN, 2016).

A Índia que, como citado, foi um dos primeiros países onde as agências populacionais atuaram, teve um programa nacional de planejamento familiar marcado por práticas coercitivas desde 1952, que foi intensificado por uma política nacional autoritária em meados dos anos 1970. A primeira-ministra Indira Gandhi decretou o estado de emergência em 1975, em resposta a manifestações populares lideradas pela oposição que acusavam seu governo de corrupção. Direitos civis foram suspensos, membros da oposição foram presos, greves e reuniões públicas proibidas, a imprensa foi censurada e uma política de controle populacional ainda mais rígida foi instaurada. O controle populacional foi tão central que o estado de emergência é lembrado por alguns indianos como a época da esterilização (WILLIANS, 2014).

Durante esse período, que durou de 1975 a 1977, a esterilização compulsória foi realizada; cotas de esterilização foram estipuladas através de diversas leis; o salário de muitos funcionários públicos dependia da quantidade de pessoas que eles arregentassem para fazer uso de contracepção ou para ser esterilizada; multas, prisão e perda de benefícios sociais ameaçavam os casais que se recusassem a fazer a esterilização após o terceiro filho; batidas policiais foram realizadas para recolher homens elegíveis para realizar a vasectomia; e foram criados campos de vasectomia em massa, pois o foco do programa era a esterilização masculina, uma exceção em relação à tendência dos programas de planejamento familiar de focar nas mulheres. Minorias, como muçulmanos e grupos tribais, eram os principais alvos dessa política

ilustrando seu caráter eugênico. Nos últimos seis meses do ano 1976, seis milhões e meio de indianos e indianas foram esterilizados (CUETO; BROWN; FEE, 2019; HARTMANN, 2016; WILLIANS, 2014).

Em 1977, o governo de Indira Gandhi foi derrotado nas eleições e o controle populacional sofreu um revés com uma grande diminuição no número de esterilização já nesse ano. Apesar de denúncias na imprensa mundial sobre a esterilização compulsória, atores relevantes do controle populacional foram condescendentes com essa política. Robert McNamara, diretor do Banco Mundial de 1968 a 1981, visitou o país durante o regime de emergência e foi elogioso em relação ao programa de planejamento familiar e Joep van Arendonk, representante do FNUAP, negou que ocorressem esterilizações coercitivas no país, defendendo que havia apenas alguns abusos. Em 1980, Indira Gandhi voltou a ser primeira-ministra do país e em 1983 ganhou um prêmio da ONU, o *United Nations Population Award*, em reconhecimento aos seus esforços em relação ao problema populacional (CUETO; BROWN; FEE, 2019; HARTMANN, 2016; WILLIANS, 2014).

Como já mencionado, a China implementou um dos programas mais radicais de controle populacional, a chamada política do filho único. Nas primeiras décadas da Revolução Chinesa, iniciada em 1949, a política populacional no país variou entre a crença de que uma população crescente poderia beneficiar o sistema socialista e a crença de que poderia colocar em risco as mudanças socialistas na economia. Nos anos 1950 e 1960, houve duas breves campanhas de controle de natalidade, mas foi apenas em 1971 que um programa nacional de planejamento familiar foi implementado visando influenciar casais heterossexuais a se casarem mais tarde, a ter menos filhos e com maior intervalo de tempo entre as gravidezes. Nesse contexto, eram recomendados dois filhos para aqueles que moravam em áreas urbanas e três para os que viviam em áreas rurais. Em meados dos anos setenta, metas de crescimento populacional eram estipuladas para cada província e havia incentivos individuais para a realização de esterilizações. Em 1979, a política do filho único foi implementada, mas passou por diversas fases ao longo dos anos perdurando até 2015<sup>11</sup> (HARTMANN, 2016).

A princípio, essa política previa o incentivo para os casais terem apenas um filho, mas em 1980 se transformou em uma norma oficial e a coerção foi institucionalizada culminando em uma campanha de esterilização em massa em 1983, quando 20 milhões de pessoas passaram

---

<sup>11</sup> Desde 2015, o segundo filho passou a ser permitido para todos. Recentemente em 2021, a China passou a permitir o terceiro filho visando aumentar seu crescimento populacional para fazer frente aos desafios impostos pelo envelhecimento da população (LIY, 2021).

por esse procedimento. Devido a resistências, principalmente de populações rurais que queriam ter ao menos um filho homem, o governo flexibilizou e em 1984 adotou diretrizes mais liberais em relação ao segundo filho. Em 1988, permitiu que casais do campo tivessem o segundo filho, caso o primeiro fosse uma menina, legitimando a preferência por filhos homens. Porém, durante todo o período da política, o terceiro filho foi proibido. A política do filho único se baseou em um forte sistema de incentivos e desincentivos que variavam de acordo com a localidade. Em geral, famílias com o certificado de filho único tinham benefícios no acesso à comida, moradia, educação e saúde. As do campo recebiam mais terras, enquanto as da cidade recebiam aumento salarial. Como desincentivos havia penalidades financeiras e perda de acesso a serviços públicos. As autoridades locais também eram passíveis de punição ou recompensa de acordo com a cota de filhos únicos na sua jurisdição (HARTMANN, 2016).

Diferentemente do que aconteceu na Índia durante o estado de emergência, o foco do programa chinês de planejamento familiar era nas mulheres, mas as vasectomias também eram incentivadas. Os métodos de barreira e a pílula eram discriminados pela política do filho único, sendo promovidos o aborto, a inserção do DIU, a laqueadura e a vasectomia. Apesar de ser um procedimento mais complexo e menos seguro, as laqueaduras foram três vezes mais realizadas do que as vasectomias. Uma das consequências dessa política foi o aborto seletivo de fetos do sexo feminino e o assassinato, abandono ou não registro de bebês ou crianças desse sexo. Devido a uma cultura patriarcal e patrilocal<sup>12</sup>, em geral, os filhos homens eram mais valorizados, encarados como os representantes da linhagem familiar, fazendo com que ter um filho homem fosse associado a ter alguém para cuidar de si na velhice. Como resultado dessa preferência, estima-se que por ano nasciam de 700.000 a 800.000 menos meninas do que seria esperado de acordo com a proporção encontrada entre os sexos. Essa política chinesa foi usada como exemplo por defensores do controle populacional para negar a acusação de que os programas de planejamento familiar seriam parte do projeto imperialista de países capitalistas visando diminuir a população dos países pobres. O país mais populoso era socialista e tinha uma das políticas de controle populacional mais rígidas do mundo, isso era usado para argumentar a favor da necessidade desse tipo de política (GREENHALGH, 2001; HARTMANN, 2016).

Nas Filipinas, cujo programa de planejamento familiar começou em 1970, a USAID recomendou que se desencorajasse o uso da camisinha e fosse incentivada a adoção da pílula e de DIUs. O desempenho das clínicas de planejamento familiar era avaliado de acordo com os

---

<sup>12</sup> Patrilocal é o nome dado ao costume ou norma de casamento que se caracteriza pelo fato de o novo casal residir no território da família do marido.

métodos adotados. Na Coréia do Sul, o programa de planejamento familiar adotado nos anos 1960 previa recompensas financeiras para famílias de baixa renda que aceitassem a esterilização, caso a família só tivesse um filho essa recompensa era maior do que se tivesse dois ou três. Em Singapura, em 1966, foi implementado um programa de planejamento familiar que incentivava famílias com no máximo dois filhos e promovia a esterilização. Famílias de baixa renda com mais de dois filhos eram punidas através de impostos mais altos e retirada de acesso à licença maternidade e à educação pública, por exemplo. Posteriormente, em 1983, o programa foi modificado com a implementação de um esquema de incentivo seletivo que seguia penalizando as mulheres pobres por terem mais de dois filhos, enquanto estimulava as mulheres das camadas médias e altas com maior nível educacional a terem filhos. Mulheres pertencentes a esse último grupo que tinha a reprodução estimulada, principalmente as funcionárias públicas, eram incentivadas a casar com a ameaça de não serem promovidas caso se mantivessem solteiras (HARTMANN, 2016).

No Brasil, Délcio da Fonseca Sobrinho (1993) afirma que houve certa prevalência de uma perspectiva pró natalista desde o período do Império. Tal abordagem natalista foi marcada no século XIX pelo evolucionismo, pelo positivismo de Comte, pela eugenia e pelo higienismo. Essas são as bases do que Sobrinho chama de um pró natalismo difuso que se manteve no país até meados dos anos 1960. Somente nesse período, perspectivas neomalthusianas começaram a ganhar força principalmente a partir da atuação de organizações de população internacionais. Em 1965, a IPPF<sup>13</sup> e outras agências populacionais se instalaram no país, mas houve oposição ao controle populacional e, entre meados dos anos 1960 e meados dos anos 1970, imperou o que Sobrinho chama de empate político entre posições anticontrolistas e antinatalistas. O autor fala em anticoncontrolistas para caracterizar grupos que se opunham ao neomalthusianismo porque defende que sua pauta nesse momento era mais reativa às políticas de controle populacional do que pró natalista. Entre os representantes do anticontrolismo estavam: a igreja católica; grupos de esquerda que compreendiam o controle populacional como manifestação antinacionalista e imperialista; e grupos de militares nacionalistas de direita que acreditavam ser necessário ocupar os espaços vazios do território nacional. Entre os antinatalistas estavam: o governo do EUA; grandes empresários; grupos médicos; e militares da Escola Superior de Guerra (ESG) que passaram a encarar o crescimento populacional como ameaça à segurança nacional.

---

<sup>13</sup> A IPPF criou com um grupo de obstetras da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) a Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM).

Somente em 1974, como resultado da Conferência de Bucareste da ONU, o governo brasileiro assumiu o planejamento familiar como direito humano fundamental. O embate entre anticontrrolistas e antinatalistas foi diminuindo a partir de consensos construídos em torno da criação, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que não colocava o foco no controle populacional, mas sim na assistência à saúde feminina (SOBRINHO, 1993).

Porém, mesmo com a criação do PAISM que não representou a sua implementação de fato em todos os municípios do país, o planejamento familiar brasileiro, desde metade dos anos 1960, foi realizado a partir de uma perspectiva de controle populacional, sendo levado a cabo principalmente por instituições estrangeiras. O governo nacional foi omissivo em relação ao planejamento familiar e não interveio na atuação das instituições de população que criaram um programa baseado principalmente em duas tecnologias: a pílula anticoncepcional e a esterilização feminina. Desta forma, houve o fenômeno da esterilização feminina em massa em nosso país, o que gerou a realização de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI)<sup>14</sup> para investigar tal prática em 1992 (BRASIL, 1993; SOBRINHO, 1993).

A CPMI concluiu que não havia de fato no país uma política de saúde voltada para as mulheres, já que a implementação do PAISM se encontrava então em estado embrionário, bem como existia nítido interesse internacional na implementação de políticas de controle populacional no Brasil, o que acarretava os vultosos investimentos estrangeiros em planejamento familiar. A Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), organização criada pela IPPF, e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC), entidade privada do Rio de Janeiro, foram indicadas como as principais instituições realizadoras do controle populacional no país sendo subsidiadas basicamente por recursos internacionais. Apesar de serem encaradas como responsáveis pela política controlista, o relatório da CPMI argumenta que tais instituições contaram com a omissão do governo que nunca investigou ou interferiu nas suas práticas. A esterilização em massa foi confirmada pela Comissão, assim como a relação desse procedimento com o alto índice da prática de cesarianas (BRASIL, 1993).

---

<sup>14</sup> Comissão Parlamentar Mista de Inquérito é uma investigação que possui poderes próprios do poder Judiciário – como a quebra de sigilo fiscal, bancário e telefônico – realizada conjuntamente pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal. Existem as Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI) que se diferenciam das mistas por serem levadas a cabo por apenas uma das casas do Congresso. As comissões mistas geralmente ocorrem com fatos de maior importância e repercussão.

O caráter eugênico e racista das esterilizações realizadas no Brasil foi denunciado por representantes de movimentos negros. Em um dos depoimentos na CPMI foi citada uma campanha publicitária realizada na Bahia, em 1986, para o lançamento do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana do médico Elsimar Coutinho. Nela, diversos outdoors foram criados com fotos de mulheres e crianças negras com os dizeres “defeito de fabricação” (BRASIL, 1993).

Por todo o exposto, fica patente que até os principais países que haviam se colocado contra as políticas de controle populacional em 1974 em Bucareste abandonaram a acusação de que se tratava uma estratégia do capitalismo para dominar o então chamado Terceiro Mundo e, portanto, o discurso neomalthusiano foi reativado. Houve um aumento no financiamento das instituições de população com atuação nos países periféricos e, na Conferência de População ocorrida na Cidade do México, em 1984, a maior parte desses países apresentou uma postura muito mais aberta à ideia de planejamento familiar. Porém, o principal destaque dessa conferência foi o ressurgimento do conservadorismo moral e religioso nos debates sobre a população e planejamento familiar (ALVES; CORRÊA, 2003; CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2003). A seguir, será exposto como essa reação conservadora impactou a política populacional.

#### **1.4 Reação conservadora às políticas de controle populacional**

Políticas de controle de natalidade sempre enfrentaram resistências de ordem moral e religiosa, porém, nas últimas décadas do século XX, houve um aumento da influência do conservadorismo moral e religioso muito relacionado ao papel do Vaticano na ONU e à mobilização de setores fundamentalistas cristãos nos EUA em reação à legalização do aborto nesse país em 1973 (ALVES; CORRÊA, 2003).

Em 1980, o republicano Ronald Reagan foi eleito presidente nos EUA com forte apoio desses setores cristãos e a perspectiva neomalthusiana adotada até então por governos estadunidenses foi substituída por um rechaço à contracepção e pela noção de que a população seria um fator neutro em relação ao desenvolvimento. Reagan e parte de seus apoiadores conservadores acreditavam que o uso de tecnologias contraceptivas era um pecado e as denunciavam como abortíferas. Rompendo com o consenso entre democratas e republicanos sobre a importância do controle populacional, Reagan adotou a tese da economista neoliberal

Julian Simon que questionava a correlação negativa entre crescimento populacional e desenvolvimento econômico e defendia que tal crescimento era benéfico à economia, uma vez que gerava mais produtores e consumidores e encorajava a inovação tecnológica e a diversificação dos mercados. Reagan governou os EUA de 1980 a 1989, sendo seguido por seu vice-presidente, George H. W. Bush, que governou de 1989 a 1993 e manteve as políticas conservadoras no campo do planejamento familiar (CUETO; BROWN; FEE, 2019).

A Conferência da ONU sobre População, ocorrida na Cidade do México em 1984, é um marco dessa ascensão do conservadorismo. Nela, houve uma forte aliança entre os EUA de Reagan e o Vaticano sobre os temas contracepção, aborto e sexualidade. Tal coalizão conseguiu bloquear menções ao aborto e incluir recomendações ao uso de métodos contraceptivos naturais no documento final da conferência. Nessa conjuntura, os EUA cancelaram o financiamento público a instituições de população que realizassem qualquer atividade relacionada a aborto. Mesmo se a organização utilizasse recursos de outros doadores para ações sobre aborto ou se atuasse apenas em contextos em que tal procedimento fosse legal, o financiamento era suspenso. O FNUAP e a IPPF são exemplos de agências de população que deixaram de receber custeamento do governo estadunidense. Tal política teve um impacto muito grande no campo do controle populacional porque os EUA eram o principal doador, contribuindo com a metade de todo o financiamento internacional ao planejamento familiar (ALVES; CORRÊA, 2003; CUETO; BROWN; FEE, 2019).

A partir dessa virada conservadora, o governo estadunidense buscou implementar políticas pró-natalistas e passou a criticar o controle populacional, apontando problemas que há muito eram denunciados, principalmente por feministas e militantes de esquerda. A posição dos EUA passou a ser de denúncia de programas de planejamento familiar por coerção, excesso, negligência médica e racismo (CUETO; BROWN; FEE, 2019). Tal fortalecimento do conservadorismo moral e religioso representou um enorme desafio para movimentos feministas. Há anos feministas de diversas regiões do mundo criticavam anticoncepcionais específicos e políticas populacionais coercitivas, reivindicando tecnologias mais seguras e respeito à autonomia das mulheres sobre o próprio corpo e a própria fertilidade. Atores conservadores contrários à contracepção de qualquer tipo passaram a utilizar argumentos feministas contra políticas neomalthusianas e os anticoncepcionais usados em seus programas de planejamento familiar, fazendo com que tais argumentos se voltassem contra o direito à contracepção e ao aborto, pautas importantes para os movimentos feministas principalmente a partir de meados do século passado (HARTMANN, 2016).

Militantes feministas lutavam contra políticas de controle populacional neomalthusianas com as quais compartilhavam o argumento da necessidade de disponibilizar tecnologias contraceptivas, porém discordavam do foco no controle populacional, do tipo de tecnologias e procedimentos adotados e da forma como elas eram distribuídas e eles eram realizados, muitas vezes de modo autoritário e sem a segurança e a higiene necessárias. Por outro lado, lutavam contra os conservadores em relação ao direito à contracepção e ao aborto, mas compartilhavam com eles críticas às políticas neomalthusianas. Com a intensificação dos ataques conservadores à contracepção e ao aborto, muitas feministas passaram a temer os usos e resultados que tais críticas a anticoncepcionais específicos e a programas de controle populacional poderiam ter. Nesse contexto, a oposição ao neomalthusianismo foi deslocada e inclusive alguns grupos feministas antes mais críticos a políticas de controle populacional passaram a se aproximar de promotores dessas políticas (ALVES; CORRÊA, 2003; HARTMANN, 2016). No entanto, Hodgson e Watkins (1997) afirmam que neomalthusianos e feministas nos EUA não chegaram a forjar uma aliança consistente mesmo tendo o conservadorismo moral e religioso como inimigo em comum, nesse momento já era muito nítida a diferença entre seus objetivos. Nos países do Sul Global, onde os programas populacionais mais duros foram implementados, movimentos feministas seguiam construindo a oposição a políticas neomalthusianas.

Na Conferência do México, apesar de ser um marco do ressurgimento do conservadorismo, houve a consolidação do consenso sobre a relação necessária entre esforços para fomentar o desenvolvimento e ações de planejamento familiar. Com exceção da posição dos EUA, que passou a defender que a população seria um fator neutro para o desenvolvimento, e de seus aliados conservadores, houve uma reversão da perspectiva de Bucareste de que o “desenvolvimento é o melhor contraceptivo” (WULF; WILLSON, 1984).

Mesmo sem os vultosos investimentos dos EUA, outros atores do controle populacional seguiram atuando. No contexto do Programa de Ajuste Estrutural do Banco Mundial, nas décadas de 1980 e 1990, a adoção de políticas de controle populacional chegou a constar como condição para empréstimos, principalmente para países africanos. Além disso, ganhou força uma segunda onda de pânico em relação à superpopulação no final dos anos 1980 desde uma perspectiva ambientalista. À medida que se tornava cada vez mais difícil sustentar a relação entre pobreza e crescimento populacional, crescia a associação entre população e meio ambiente. Diversas organizações ambientais tradicionais, principalmente estadunidenses, adotaram uma perspectiva neomalthusiana responsabilizando o crescimento populacional pela degradação ambiental. Instituições ambientais como o Sierra Club, o Center for Biology Diversity e o Worldwatch Institute passaram a reivindicar que a redução da população mundial

mitigaria o aquecimento global (HARTMANN, 2016). Em 1992, o senador estadunidense Al Gore publicou o livro *Earth in the Balance* defendendo que nenhum objetivo era mais importante para reverter os danos ambientais do que a estabilização da população mundial (HODGSON; WATKINS, 1997).

Assim como foram responsabilizados pela pobreza, os pobres, principalmente os não brancos, passaram também a ser responsabilizados pela mudança climática e pela degradação ambiental. Cabe ressaltar que, no final da década de 1980, quando aumentou a preocupação com a relação entre tamanho populacional e crise ambiental, os países com maior taxa de crescimento populacional não eram os principais emissores de gás carbônico (HARTMANN, 2016). Como já foi argumentado no início do presente capítulo, a degradação ambiental se relaciona principalmente ao modo de produção.

Apesar do fortalecimento dessa associação de argumentos ambientalistas com a pauta neomalthusiana, ela foi derrotada na Conferência sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento da ONU, a ECO 92 – conhecida também como Rio 92 em referência à cidade sede e ao ano de realização. Ativistas feministas se organizaram e se opuseram tanto ao Vaticano como a perspectivas ambientalistas neomalthusianas que culpabilizavam a fertilidade das mulheres, principalmente das mais pobres, pelos problemas do meio ambiente. Assim, a posição da igreja católica de evitar qualquer menção à contracepção e ao aborto nas deliberações da Conferência e o lobby de ambientalistas neomalthusianos a favor de políticas de controle populacional foram derrotados pela posição feminista. No documento final do evento, prevaleceu a noção do acesso à contracepção e ao aborto de forma segura e voluntária como direito básico e a identificação do militarismo, do padrão de produção e consumo e o ajuste estrutural então em andamento como as principais causas da degradação do meio ambiente, deixando o tamanho populacional em segundo plano (HARTMANN, 2016; HODGSON; WATKINS, 1997). Ou seja, apesar do crescimento de perspectivas ambientalistas neomalthusianas<sup>15</sup>, essa abordagem não conseguiu predominar no evento mais importante da área até então, muito por conta da oposição de movimentos de mulheres e do Vaticano.

Apesar da renúncia às políticas de controle populacional pelos Estados Unidos, durante a década de 1980 e começo dos anos 1990, que impactou muito o financiamento de políticas de controle populacional, elas seguiram sendo implementadas por agências populacionais, outros governos e instituições multilaterais. O fortalecimento da oposição à contracepção por atores conservadores e religiosos, como o Vaticano, associados à posição dos EUA, fez com que

---

<sup>15</sup> Hartmann (2016) aponta o desenvolvimento de uma vertente ambientalista fascista no âmbito desses debates sobre população e meio ambiente.

movimentos feministas tivessem que lutar em dois fronts: pelo direito à contracepção e ao aborto contra as posições conservadoras e por acesso à contracepção segura e pela autonomia das mulheres sobre o próprio corpo contra as posições neomalthusianas de planejamento familiar. Porém, nos anos 1990, pautas defendidas por movimentos feministas ganharam relevância no debate populacional. A seguir, será apresentada e analisada a mudança do foco das políticas populacionais em direção aos direitos reprodutivos e seu impacto no campo da contracepção.

### **1.5 Do planejamento familiar à saúde reprodutiva**

Em meados dos anos noventa, a força do neomalthusianismo nas políticas de planejamento familiar foi novamente questionada, dessa vez com a adoção de uma abordagem ao tema da população através de uma perspectiva dos direitos humanos. As críticas de feministas, de sanitaristas, de defensores dos direitos humanos, mas também de conservadores às políticas de controle populacional e seus efeitos, principalmente em grupos vulneráveis; o fim da Guerra Fria e da intensa polarização entre o bloco capitalista e o socialista; e um novo contexto demográfico com queda de fecundidade na maioria dos países pobres são fatores que levaram ao abandono de uma retórica do controle populacional e à adoção de uma retórica dos direitos humanos, mais especificamente, dos direitos e saúde sexual e reprodutiva (CORRÊA, ALVES, JANNUZZI, 2003).

Grupos conservadores de vários países se opuseram às concepções de direitos reprodutivos e sexuais que passaram a predominar graças principalmente à luta de movimentos feministas e sanitários. O campo conservador de ataque à contracepção e ao aborto, porém, sofreu um revés com a vitória do democrata Bill Clinton para a presidência dos EUA em 1993. Clinton retomou o financiamento a organizações populacionais banidas por serem associadas à realização de abortos, como a IPPF e o FNUAP, além de aumentar o financiamento para programas de planejamento familiar estrangeiros (CUETO; BROWN; FEE, 2019; HODGSON; WATKINS, 1997).

A Conferência de População e Desenvolvimento da ONU ocorrida em 1994 no Cairo<sup>16</sup> é um marco dessa ruptura na política populacional, substituindo uma concepção numérica da

---

<sup>16</sup> A Conferência do Cairo foi a primeira das conferências da ONU sobre população a adotar o termo desenvolvimento em seu título (ALVES, 2019).

população até então vigente por uma concepção da população como detentora de direitos (MARTINS, 2019). Nela, a noção de um problema populacional que levaria à necessidade de intervenção estatal para gerir as taxas de natalidade foi substituída pela perspectiva de que é direito dos indivíduos ter acesso à saúde reprodutiva e que os Estados devem garantir tal acesso e reconhecer que as escolhas reprodutivas competem exclusivamente aos indivíduos implicados (CORRÊA, ALVES, JANNUZZI, 2003).

A Conferência do Cairo validou aspirações feministas que remontam ao século XIX e que se fortaleceram nos anos 70 do século XX com a centralidade que ganhou nos movimentos de mulheres o direito à escolha nas esferas sexual e reprodutiva. Dez anos antes do Cairo, o conceito de direitos reprodutivos foi adotado em um encontro internacional feminista em Amsterdã em 1984, o *International Women's Health Meeting*. Portanto, essa conferência da ONU significou a culminação de debates feministas e refletiu o reconhecimento do fracasso das políticas de controle de natalidade neomalthusianas e suas consequências nefastas principalmente para as mulheres pobres (CORRÊA, ALVES, JANNUZZI, 2003). Seu Programa de Ação apresenta uma definição de direitos reprodutivos:

(...) direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também o seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (...) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1994).

A autonomia individual ou do casal para decidir sobre a procriação prevista nos direitos reprodutivos vai de encontro a muitos programas de planejamento familiar levados a cabo no contexto da política internacional de controle populacional que estipulavam metas para procedimentos de esterilização ou para a adoção de tecnologias contraceptivas buscando diminuir o crescimento da população. Porém, a linguagem dos direitos humanos, com ênfase na saúde e nos direitos reprodutivos e sexuais, passou a ser adotada pelos atores do controle populacional. As agências populacionais passaram a usar a retórica da Conferência do Cairo e os termos planejamento familiar, controle de natalidade e controle populacional, até então utilizados e intercambiáveis no contexto do domínio neomalthusiano, foram sendo abandonados (CUETO; BROWN; FEE, 2019). Os atores neomalthusianos passaram a defender a estabilização populacional e não mais o controle populacional, termo que ficou associado a práticas coercitivas (HODGSON; WATKINS, 1997). Como será exposto adiante, no exemplo da política implantada por Fujimori no Peru em 1991, a adoção de uma linguagem dos direitos

reprodutivos não significa necessariamente uma mudança na prática em relação a políticas neomalthusianas.

Enquanto não houve uma resistência explícita de atores do controle populacional às proposições da Conferência de Cairo, o Vaticano e seus aliados se opuseram ao reconhecimento do aborto como problema de saúde e ao reconhecimento de múltiplas configurações familiares, mas não foram bem-sucedidos e tais temas estão no Programa de Ação da Conferência. É importante ressaltar que, no Cairo, países islâmicos tiveram uma postura flexível em relação às controvérsias, principalmente o Egito que era a sede da Conferência e se empenhou para que ela tivesse êxito. Uma aliança conservadora entre o Vaticano e países islâmicos só se configurou nos encontros preparatórios para a IV Conferência Mundial sobre a Mulher realizada em 1995 em Pequim também pela ONU (CORRÊA, 2018).

Além da concepção de direitos reprodutivos como direitos humanos, o problema da desigualdade entre homens e mulheres foi tratado na Conferência do Cairo. Seu Programa de Ação foi o primeiro documento intergovernamental a utilizar o conceito de gênero (CORRÊA, 2014). A busca por igualdade e equidade entre os gêneros aparece como um dos seus princípios:

O progresso na igualdade e equidade dos sexos, a emancipação da mulher, a eliminação de toda espécie de violência contra ela e a garantia de poder ela própria controlar sua fecundidade são pedras fundamentais de programas relacionados com população e desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1994).

Um ano após a Conferência Cairo, ocorreu em Pequim a acima citada IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Nela, concepções legitimadas no Cairo foram ratificadas e expandidas, principalmente no que tange à sexualidade das mulheres e à promoção da igualdade entre gêneros. No documento de Pequim, fala-se em direitos humanos das mulheres no âmbito da sexualidade, enquanto no documento de Cairo não foi possível incluir os direitos sexuais, somente os reprodutivos. Em relação ao aborto, manteve-se a perspectiva de que é um problema sanitário e avançou-se através da recomendação de que países que penalizassem as mulheres por tal procedimento revisassem tal postura (CORRÊA, ALVES, JANNUZZI, 2003). Tais conferências marcam conquistas importantes para os movimentos feministas em relação a perspectivas neomalthusianas e conservadoras, porém ainda há um largo caminho para que suas proposições se materializem de fato. Nesse sentido, Corrêa e Petchesky (1996) afirmam que grupos de saúde da mulher por todo o mundo conseguiram mudar a retórica oficial dos fóruns intergovernamentais sobre população, mas tinham consciência da limitação do processo:

Muitos grupos de saúde da mulher, tanto no Sul como no Norte, têm consciência de que a retórica feminista está sendo usada por agências voltadas para políticas de população internacionais para legitimar e encobrir objetivos que ainda são estreitos. Percebendo que a história das políticas e programas de controle populacional frequentemente deixam de lado as necessidades das mulheres e os princípios éticos sublinhados acima, as feministas, com razão, temem que a linguagem dos direitos

reprodutivos e da saúde possa ser cooptada para manter as políticas como são (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 171-172).

Hodgson e Watkins (1997) também descrevem a desconfiança de feministas em relação à cooptação de sua linguagem por neomalthusianos sem mudanças efetivas nas políticas levadas a cabo internacionalmente. Segundo Hartmann (2016), já nos debates da Conferência do Cairo, houve controvérsia sobre a quantia que deveria ser investida em saúde reprodutiva e a quantia que deveria ser investida em planejamento familiar. Após pressão de grupos de mulheres e governos progressistas, o valor destinado à saúde reprodutiva foi aumentado, mas ainda assim alcançou apenas metade do valor previsto para ser investido em planejamento familiar.

O programa de planejamento familiar adotado no Peru, em 1991, pelo presidente Alberto Fujimori e marcado por esterilizações coercitivas principalmente de mulheres indígenas é um exemplo de como tais receios de feministas estavam certos e como políticas de controle populacional podem se apropriar da linguagem dos direitos sexuais e reprodutivos.

## **1.6 Práticas neomalthusianas e eugênicas com retórica dos direitos humanos: o caso peruano**

Fujimori governou o Peru de 1990 a 2000 e, já no começo do seu mandato, adotou um discurso progressista em relação à reprodução, algo até então inédito nesse país (AGUILA, 2002). A entrada de contraceptivos tinha sido dificultada pela esquerda peruana por associar tais tecnologias a interesses imperialistas estadunidenses e pela oposição da igreja católica que possuía muita influência na política nacional. Em 1968, um regime militar de esquerda foi adotado no país e o planejamento familiar não foi prioridade por ser associado à ingerência imperialista. A partir da década de 1980, tal associação dos anticoncepcionais com interesses estrangeiros foi abandonada, mas a oposição da igreja católica se manteve e, devido à sua força, não houve a adoção de programas de planejamento familiar neomalthusianos como houve em vários outros países vizinhos (BOESTEN, 2007).

Rompendo com essa oposição à contracepção, Fujimori chegou a comparecer à IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim, em 1995, e defendeu a igualdade de gênero, os direitos reprodutivos femininos e o acesso de mulheres a informações sobre contracepção e a métodos anticoncepcionais. Caracterizou a educação sexual e o planejamento familiar como instrumentos de combate à pobreza e à injustiça social, bem como criticou a postura da igreja católica acusando-a de ser um entrave ao progresso. Apesar do discurso apresentado por

Fujimori na Conferência estar afinado às abordagens de Cairo e Pequim de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, seu regime tinha uma base neomalthusiana e associava o crescimento populacional à pobreza, apresentando o controle populacional como sinônimo de progresso e modernização (AGUILA, 2002).

Já em 1991, Fujimori decretou o ano da austeridade e do planejamento familiar. Foi então implementado o Programa Nacional de População que tinha como objetivos: a redução até 1995 do crescimento populacional a uma taxa não superior a 2% ao ano; a diminuição da taxa de fertilidade de 3,5 filhos por mulher para 3 filhos por mulher também até 1995; melhorar a saúde materno-infantil; e a garantia dos direitos reprodutivos. Além disso, estimulava a participação de mulheres nas esferas econômica, política e sociocultural em condição de igualdade em relação aos homens (BOESTEN, 2007).

Devido às pressões da igreja católica, a esterilização e o aborto eram até então proibidos no país. Apenas em 1992, as esterilizações passaram a ser permitidas em casos de risco e em 1995 foram finalmente legalizadas como procedimentos ofertados pelo Estado. Apesar da forte oposição católica, a política de Fujimori recebeu apoio internacional. Quando a lei da esterilização foi aprovada, a USAID doou milhões de dólares e milhares de toneladas de alimentos para suportar a nova política. Com a mudança na legislação permitindo a esterilização, vasectomias e laqueaduras passaram a ser enfatizadas pelo Programa Nacional de População e tais procedimentos tiveram um aumento exponencial (AGUILA, 2002; BOESTEN, 2007).

Cotas de esterilização femininas eram estipuladas, o que já demonstra que o programa não enfocava a saúde das mulheres, mas sim o controle populacional. Tais cotas não foram estabelecidas nas regiões mais densamente povoadas do país, pelo contrário, foram levadas a cabo em áreas rurais escassamente povoadas, pobres e marginalizadas. Nessas localidades, profissionais de saúde tinham que fazer um levantamento do número de mulheres em idade fértil e esterilizar uma dada porcentagem desse total. Os funcionários que cumprissem as metas eram premiados com dinheiro ou outros bens, enquanto às mulheres eram feitas doações de comida como recompensa. Nesse contexto, esterilizações forçadas aconteceram (AGUILA, 2002; BOESTEN, 2007).

Como a maioria dos programas de controle populacional, no caso do Peru, as mulheres foram o principal alvo, mas os homens também sofreram violações. Em matéria publicada no jornal *El País*, a jornalista Jacqueline Fowks aponta a cifra de 24.000 homens e mais de 270.000 mulheres que teriam sofrido esterilização forçada (FOWKS, 2021). Embora haja discordância a respeito do número de mulheres que realizaram o procedimento de forma coercitiva, há

consenso de que tal prática ocorreu. Julia Tamayo, representante da ONG feminista peruana Flora Tristán, foi uma das principais denunciante do esquema de esterilizações forçadas e produziu um relatório publicado em 1998 que indica que, das 314.967 mulheres que fizeram o procedimento, apenas 10% o fizeram de forma consentida. No relatório, constam casos de mulheres que: sofreram intimidação e ameaça de forças policiais; foram ameaçadas com a perda de acesso a serviços de saúde; foram enganadas por profissionais de saúde que mentiam afirmando que a esterilização era o único método disponível; não foram informadas em suas línguas sobre o procedimento, uma vez que o espanhol não é seu idioma; após recusarem o procedimento, foram esterilizadas com a “autorização” de seus maridos (AGUILA, 2002). A própria doação de comida e roupas para aqueles que aceitavam realizar o procedimento deve ser compreendida como uma forma de coerção quando ocorre em contextos de pobreza em que a escolha das pessoas fica impossibilitada por sua situação de vulnerabilidade.

Antes das denúncias e do relatório de Tamayo virem à tona, a igreja católica, em meados de 1996, denunciou as esterilizações promovidas por Fujimori. Tais acusações não receberam atenção porque foram encaradas como parte da oposição religiosa à contracepção. Fujimori alegava em resposta que tal igreja era uma força conservadora contrária ao uso de anticoncepcionais modernos e foi inicialmente apoiado por movimentos feministas e de direitos humanos. No final de 1996, houve uma mudança nesse cenário e a Defensoría del Pueblo<sup>17</sup> se uniu à igreja católica na acusação de práticas coercitivas. Em 1998, o maior financiamento internacional ao Programa Nacional de População foi retirado e o governo se viu obrigado a reformar suas políticas populacionais (BOESTEN, 2007).

Para proteção dos altos escalões do governo, uma lei de 1996 definiu que a responsabilidade pelas esterilizações recaía sobre os profissionais de saúde e os gestores locais, mas ao longo dos anos houve tentativas de responsabilizar o governo Fujimori judicialmente pelas esterilizações coercitivas. Em 2014, com base nessa lei de 1996, o promotor Marco Guzmán decidiu não processar Fujimori e seus ex-ministros e afirmou que não houve procedimentos forçados no país. Nessa ocasião, somente foram processados alguns funcionários da saúde de baixo escalão pela morte de Mamérta Mestanza, uma mulher de 19 anos que assinou um termo de consentimento em espanhol sem compreender essa língua e que faleceu após a realização de uma laqueadura. Com a revogação da lei de 1996, de desresponsabilização do alto escalão do governo Fujimori pelas esterilizações, encontra-se em andamento desde março de 2021 um novo julgamento contra Fujimori, três ex-ministros da

---

<sup>17</sup> Órgão equivalente à Defensoria Pública da União no Brasil.

saúde e um funcionário desse ministério. São acusados por cinco mortes e outros 1.300 casos de lesões graves resultantes de esterilizações forçadas. É importante destacar que as audiências estão sendo traduzidas para o quéchuá que é o idioma de muitas das vítimas (FOWKS, 2021).

Os efeitos do governo Fujimori nos direitos reprodutivos se estenderam para além do período de seus mandatos, pois as esterilizações forçadas serviram de justificativa para a volta a uma política conservadora que condenava a contracepção. Após a queda de Fujimori, que renunciou devido a acusações de corrupção e conseguiu asilo político no Japão, foi eleito em 2001 o primeiro presidente indígena do Peru, Alejandro Toledo. Seu governo representou a volta do país à democracia e avanços em termos de direitos humanos com a instauração de uma comissão para apurar a violência política. Contudo, em relação aos direitos reprodutivos e sexuais, a gestão de Toledo foi reacionária, reestabelecendo políticas conservadoras que prevaleciam antes do regime Fujimori, tendo forte influência católica. A descoberta das esterilizações coercitivas foi utilizada como uma tática para diminuir a oferta de tecnologias contraceptivas. Houve oposição ao uso do DIU e da pílula do dia seguinte por serem considerados dispositivos abortíferos, a limitação de acesso à camisinha e o incentivo para que homens e mulheres evitassem os chamados métodos contraceptivos artificiais (AGUILA, 2002).

Desta forma, a denúncia das esterilizações compulsórias, uma prática criminosa de violação de direitos reprodutivos, foi transformada em uma denúncia à prática contraceptiva desde uma perspectiva religiosa e conservadora, que legitimou uma política igualmente de violação dos direitos reprodutivos. O caso do Peru mostra como tanto o neomalthusianismo como o conservadorismo moral e religioso foram e são entraves à consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos, mesmo quando atores dessas vertentes adotam retóricas e práticas feministas e dos direitos humanos nas suas disputas entre si ou para tentar angariar apoio a sua perspectiva.

Por sua vez, o que ocorreu no Peru também demonstra que são válidos os receios de feministas de que suas denúncias contra os riscos de certos contraceptivos e contra as políticas de controle populacional sejam apropriadas por forças conservadoras contrárias à contracepção e aos direitos sexuais e reprodutivos, assim como sua retórica de direitos reprodutivos seja apropriada por políticas neomalthusianas (HARTMANN, 2016).

Após a Conferência do Cairo, saúde e direitos sexuais e reprodutivos ganharam destaque, mas, assim como programas de planejamento familiar neomalthusianos e eugênicos como o do Peru se mantiveram, apesar de contrariarem a abordagem dos direitos humanos, essa

abordagem também não impactou de forma significativa a produção de tecnologias contraceptivas.

### **1.7 Para concluir**

Foi no contexto da política internacional de controle populacional acima descrita que tecnologias anticoncepcionais modernas foram forjadas como instrumentos para conter o problema da superpopulação. O desenvolvimento dessas tecnologias a partir da segunda metade do século XX foi marcado por escolhas feitas em nome do controle do crescimento da população. Foram priorizados métodos contraceptivos reversíveis de longa duração e controlados pelo provedor em detrimento daqueles de curta duração e com maior autonomia das usuárias no seu emprego, visando garantir a eficácia dos produtos e evitar possíveis erros de uso. O foco recaiu na produção de tecnologias eficazes para prevenir gravidezes não planejadas, em detrimento de opções menos eficazes, mas mais seguras para as mulheres. Inclusive com a oposição crescente às políticas neomalthusianas, por parte de conservadores morais e religiosos, bem como de feministas e ativistas da saúde, não houve uma mudança de paradigma no desenvolvimento de contraceptivos com investimento em tecnologias que garantissem maior autonomia e segurança das usuárias, a eficácia seguiu sendo o foco (HARTMANN, 2016).

Partindo da criação e difusão da pílula anticoncepcional, marco da revolução contraceptiva, no próximo capítulo, serão apresentados aspectos do desenvolvimento dos contraceptivos modernos com ênfase na relevância de atores e interesses do controle populacional. Para compreender por que até hoje não há uma pílula masculina, é necessário compreender o porquê nossos contraceptivos são como são.

## 2 POR QUE AS TECNOLOGIAS ANTICONCEPCIONAIS SÃO COMO SÃO?

O presente capítulo tem como objetivo apresentar características gerais da produção dos anticoncepcionais modernos, visando trazer à tona diversos fatores que ajudam à compreensão do porquê as tecnologias contraceptivas que temos disponíveis são como são. Para entender por que até hoje não há uma pílula masculina, é importante contextualizar a produção dos contraceptivos modernos. Com esse intuito, serão destacados os principais atores, ideologias, políticas públicas e tecnologias que configuraram o campo da contracepção a partir da criação da pílula anticoncepcional, marco da revolução contraceptiva.

Buscando compreender por que certos contraceptivos se desenvolveram de uma determinada maneira, enquanto outros, mesmo com décadas de pesquisa, não foram sequer viabilizados, a análise sociotécnica utilizada foca no papel de grupos sociais relevantes para a criação dessas tecnologias (PINCH; BIJKER, 2012; SOCOLOW, 2019). Esses grupos relevantes não se restringem aos laboratórios e centros de pesquisa, pois a produção de fatos e artefatos científicos é fruto do trabalho de diversos atores externos ao campo científico no sentido estrito (OUDSHOORN, 1994). Desse modo, movimentos sociais, Estados, políticos, instituições multilaterais, médicos, ONGs, empresas farmacêuticas, além dos pesquisadores, são aqui apresentados como essenciais para a configuração dos contraceptivos modernos.

Como visto no capítulo anterior, a política internacional de controle populacional de meados do século passado foi uma das condições para a ocorrência da revolução contraceptiva. Os contraceptivos modernos foram produzidos para serem tecnologias de controle populacional. Mesmo quando a perspectiva controlista neomalthusiana perdeu protagonismo na geopolítica, principalmente a partir dos anos 1980, ela seguiu como a abordagem hegemônica no campo dos contraceptivos. Porém, os atores do controle populacional não atuaram, nem atuam sozinhos na produção dos contraceptivos modernos e suas proposições encontraram e encontram resistências.

### 2.1 Feminismo, eugenia e controle populacional: os pais da pílula<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Designo como pílula anticoncepcional um conjunto de fármacos hormonais de diversas marcas e que se modificaram ao longo dos anos. Na primeira parte deste capítulo, será abordada a produção da primeira tecnologia assim nomeada. Porém, após o seu lançamento, várias tecnologias semelhantes surgiram e foram tratadas pela biomedicina e pelo senso comum com esse nome. Aqui, mantenho essa nomenclatura, utilizando o

As tecnologias são concebidas pelo senso comum simplesmente como objetos de uso, deixando-se de perceber que elas são materializações de escolhas sobre a ordem social (SOCOLOW, 2019). Elas são resultado de um trabalho coletivo e são criadas para responder a uma ou a mais demandas criadas por diferentes atores. Bijker e Law (1992) destacam conflitos, resistências e diferenças entre os atores envolvidos no desenvolvimento de um produto. Afirmam que tais atores buscam desenvolver, manter e estabilizar certas tecnologias ou padrões de tecnologias e, conseqüentemente, as relações sociais, econômicas e organizacionais a elas associadas. Atores distintos, muitas vezes, defendem tecnologias e padrões diferentes e, mesmo que esse conflito não ocorra de forma aberta, ele é recorrente na produção tecnológica.

Assim, a configuração de um artefato depende das negociações entre esses diversos grupos e, por isso, o produto definitivo, em geral, provém de uma mistura de várias abordagens, não podendo ser identificado com as estratégias de apenas um determinado grupo. As tecnologias estão implicadas em estratégias de protagonismo e só se estabilizam quando as relações heterogêneas em que estão implicadas estão estabilizadas, ou seja, toda tecnologia depende da consolidação da rede de relações que a configura (BIJKER, LAW, 1992).

O processo de desenvolvimento de um artefato é guiado pelas necessidades que ele irá responder. No caso dos contraceptivos modernos, eles foram configurados para atender principalmente interesses destes grupos: feministas e socialistas que defendiam a contracepção como um direito feminino; eugenistas que buscavam o controle populacional para influenciar a qualidade genética da população; e neomalthusianos que buscavam o controle da população como solução para a pobreza e outros problemas sociais (HARTMANN, 2016; SOCOLOW, 2019).

Nesse contexto, os contraceptivos modernos foram concebidos e utilizados de formas distintas por atores diferentes. Foram usados como fonte de autonomia reprodutiva por mulheres, bem como foram usados como fonte de controle social sobre elas. Portanto, tais tecnologias possuem potencialmente um caráter libertário e um caráter coercitivo. Tal fenômeno, que persiste no campo da contracepção na atualidade, fica patente na trajetória de Margareth Sanger (1879-1966), ativista feminista com papel crucial para a criação da pílula anticoncepcional, que adotou perspectivas eugenistas e neomalthusianas (HARTMANN, 2016; MAY, 2010; OUDSHOORN, 1994).

---

termo pílula para fazer referência a essa classe de contraceptivos com diversas composições hormonais que se apresentam na forma farmacêutica de comprimido.

Sanger foi uma das principais organizadoras do movimento pelo controle de natalidade nos EUA – *birth control movement*, termo por ela cunhado. Sua atuação se deu em um contexto de perseguição a práticas contraceptivas<sup>19</sup>. Nesse país, as tecnologias anticoncepcionais de então e o aborto, aceito até o momento em que se sentiam os movimentos do feto, não eram proibidos pela legislação até o final do século XIX, quando políticas restritivas começaram a ser promovidas. Um conjunto de leis conhecidas como *Comstock Laws* equiparou a contracepção à pornografia, proibindo a venda e a distribuição de dispositivos anticoncepcionais ou de informações sobre eles<sup>20</sup>. Sanger e seu então marido chegaram a ser presos com base nessa legislação, que só foi totalmente revogada nos anos 1960 (MAY, 2010; OUDSHOORN, 1994).

Ela era enfermeira, filiada ao Partido Socialista e já tinha interesse em questões sobre saúde feminina. Em uma viagem à Europa, teve contato com movimentos pró-contracepção que a inspiraram a criar um jornal para escrever sobre anticoncepção e sobre questões da classe operária. Além disso, a morte de sua mãe, aos 48 anos, tendo parido onze filhos, e sua vivência atendendo mulheres pobres também a influenciaram a perceber a necessidade que as mulheres tinham de planejar as gravidezes, principalmente aquelas da classe trabalhadora (DAVIS, 2016; HARTMANN, 2016; HODGSON; WATKINS, 1997).

No começo do movimento pelo controle de natalidade, Sanger seguia filiada ao Partido Socialista e associando seu ativismo às lutas da classe trabalhadora. Porém, houve uma ruptura após 1916 em decorrência da pauta contraceptiva não ser uma prioridade para o partido nem para os movimentos operários. Nesse contexto, Sanger passou a adotar uma perspectiva eugênica e neomalthusiana, abandonando a centralidade da exploração capitalista para a compreensão da pobreza. Houve uma aproximação do seu movimento pelo controle de natalidade com profissionais da saúde, principalmente médicos, com o movimento eugenista e com o movimento pelo controle populacional (DAVIS, 2016; HARTMANN, 2016; OUDSHOORN, 1994).

Para Sanger e outras feministas, a pauta da contracepção era central, mas essa não era a posição predominante entre os movimentos de mulheres nos EUA. No começo do século XX,

---

<sup>19</sup> Emma Goldman, anarquista e feminista estadunidense, também foi referência na luta pela contracepção e adotou uma perspectiva socialista neomalthusiana (HODGSON; WATKINS, 1997). Entre as diversas ativistas pela contracepção, a trajetória de Sanger foi escolhida devido ao seu papel crucial para o desenvolvimento da pílula.

<sup>20</sup> Ter uma legislação proibindo a contracepção não era uma especificidade dos EUA, em diversos países havia restrições similares no começo do século XX.

havia um consenso entre feministas desse país de que a conquista do voto era o seu principal objetivo. Em relação à contracepção, não havia concordância e muitas questionavam se a defesa de um tema tão polêmico, associado à sexualidade, não atrapalharia sua militância pelo direito ao sufrágio. Assim, o não envolvimento com questões ligadas à sexualidade e consideradas polêmicas foi uma tática adotada pela vertente majoritária do movimento de mulheres<sup>21</sup> visando conquistar mais apoio para a luta pelo sufrágio. Quando o voto feminino foi aprovado em 1920, houve um arrefecimento do feminismo no país e a contracepção só veio a se tornar uma pauta hegemônica nos feminismos muitos anos depois com a criação da pílula (HODGSON; WATKINS, 1997).

Em 1921, Sanger criou a American Birth Control League juntamente com médicos, eugenistas e neomalthusianos. Essa organização posteriormente teve seu nome mudado para Birth Control Federation e, em 1942, para Planned Parenthood Federation of America (PPFA), nome mantido até hoje. A entrada de médicos no movimento, em um contexto em que a contracepção era proibida, serviu para a sua legitimação, mas, por outro lado, serviu também para aumentar o controle médico, já que esses profissionais defendiam que apenas eles poderiam prescrever os anticoncepcionais. Enquanto Sanger apoiava essa demanda, outras feministas a criticavam argumentando que isso limitaria o acesso aos contraceptivos àquelas com acesso a esses profissionais e prejudicaria a luta por enfraquecer a perspectiva de que a contracepção é uma questão social<sup>22</sup>. Tratar a contracepção como uma questão médica pode ter sido uma tática adotada por Sanger para angariar mais apoiadores à causa uma vez que, em certo sentido, tiraria o foco do polêmico conteúdo sexual e colocaria o foco na saúde (HARTMANN, 2016; HODGSON; WATKINS, 1997). Uma vitória fruto dessa conexão com os médicos foi a permissão para que eles aconselhassem mulheres casadas sobre contracepção, o que resultou na abertura de várias clínicas de controle de natalidade nos EUA (MAY, 2010).

A aliança com os eugenistas, por sua vez, ia totalmente de encontro à perspectiva dos direitos das mulheres. Eugenia foi um termo cunhado em 1883 pelo estatístico inglês Francis Galton e pode ser compreendida, em linhas gerais, como uma abordagem racista, então tida como científica, que visava ao aperfeiçoamento da espécie humana através de intervenções de distintas ordens sobre a hereditariedade das pessoas. Existiram compreensões e abordagens

---

<sup>21</sup> Hodgson e Watkins (1997) indicam que a pauta da contracepção foi adotada nesse período principalmente por mulheres mais jovens.

<sup>22</sup> Mary Ware Dennett foi uma das ativistas que se opunham ao controle médico e defendia que informações contraceptivas deveriam ser disseminadas de forma irrestrita (HODGSON; WATKINS, 1997).

distintas sobre a eugenia ao longo da história. Em alguns países, como Brasil, França e Argentina, prevaleceu uma perspectiva neo-lamarckiana que previa que questões ambientais poderiam alterar a hereditariedade humana, ou seja, seria possível aperfeiçoar as raças através de mudanças na sociedade. Nos EUA e na Alemanha, porém, prevaleceu a perspectiva mendeliana, segundo a qual o material hereditário era transmitido de geração em geração sem nenhuma modificação, isto é, o meio não teria influência na hereditariedade (STERN, 2005).

Esse hereditarismo junto com o racismo biológico constituíram a eugenia nos EUA. Na década de vinte do século passado, ela ganhou força nesse país através de leis que permitiam a esterilização compulsória, proibiam casamentos interraciais e limitavam ou proibiam a imigração de pessoas oriundas de determinados países. Foi nesse contexto de crescimento da eugenia que houve sua aliança com o movimento do controle de natalidade<sup>23</sup>. O direito das mulheres à autonomia sobre a reprodução perdeu a centralidade na militância de Sanger que passou a argumentar que a questão primordial do controle de natalidade seria eugênica, como explicitou em sua famosa declaração: “mais crianças para os aptos, menos para os inaptos”. No começo da década de 1930, a ativista já advogava pela esterilização da chamada população disgênica<sup>24</sup>, isto é, pessoas com algum tipo de diversidade funcional, analfabetas, miseráveis, criminosas, trabalhadoras sexuais ou com algum vício. Caso a pessoa não aceitasse ser esterilizada, Sanger defendia que fosse enviada para campos de trabalho separados por sexo (DAVIS, 2016; HARTMMAN, 2016; STERN, 2005).

A American Birth Control League (atual Planned Parenthood) defendia a esterilização e o progresso racial e chegou a ser comandada pelo mesmo diretor da American Eugenics Society, Guy Irving Burch. A convergência do movimento pelo controle de natalidade com o movimento eugenista era tanta que, em uma conferência, um ex-presidente da American Eugenics Society afirmou que esses movimentos eram quase indistinguíveis entre si (HARTMANN, 2016; HODGSON; WATKINS, 1997).

Apesar da força da eugenia nesse período, havia também resistência aos seus argumentos (ALVES; CORRÊA, 2003). Nesse sentido, é necessário ressaltar tal fato frente a uma certa defesa que se faz de Sanger – e de outras militantes feministas pró controle de natalidade – que relativiza sua adesão à eugenia como uma adesão aos valores de sua época.

---

<sup>23</sup> Houve uma mudança de perspectiva dos eugenistas estadunidenses em relação aos contraceptivos, o que permitiu sua associação com o movimento pelo controle de natalidade. Até a década de 1920, os eugenistas, em geral, eram contrários à legalização dos anticoncepcionais temendo que essas tecnologias seriam usadas principalmente por aqueles que eles consideravam que deveriam procriar, os chamados aptos, enquanto os considerados inaptos ou disgênicos por eles não teriam motivação para usá-las (HODGSON; WATKINS, 1997).

<sup>24</sup> Disgenia significa uma condição prejudicial ao patrimônio genético de uma população.

Obviamente, é impossível escapar das teorias disponíveis no momento histórico em que se vive, contudo, não se pode perder de vista que havia outras interpretações e posições possíveis no contexto em que atuaram, mesmo que marginalizadas.

Nas primeiras décadas do século XX, o movimento neomalthusiano estadunidense era pequeno e menos influente que o movimento eugenista. Após a Segunda Guerra Mundial, essa relação irá se inverter em reação aos horrores da política eugenista nazista e o neomalthusianismo terá mais força do que a eugenia no cenário geopolítico e no movimento pelo controle de natalidade. Como visto no capítulo anterior, para os neomalthusianos, o objetivo era controlar o crescimento populacional como causa da pobreza e outros males sociais e as tecnologias contraceptivas apareciam como um instrumento para esse objetivo. Compartilhando essa perspectiva, Sanger chegou a afirmar que o controle de natalidade era um empreendimento neomalthusiano e que ter muitos filhos era a causa da condição de miséria de muitas mulheres (HARTMANN, 2016; HODGSON; WATKINS, 1997).

Na década de 1930, o movimento pelo controle de natalidade foi ganhando cada vez mais aceitação enquanto se afastava de perspectivas mais radicais de justiça social. Com o fim de algumas das restrições à prática contraceptiva, previstas no conjunto de leis conhecido como *Comstock Laws*, houve um aumento exponencial de clínicas de controle de natalidade nos EUA. Em 1942, a Birth Control Federation of America mudou o seu nome para Planned Parenthood Federation of America (PPFA), indicando uma mudança eufemística da noção de controle de natalidade para a de planejamento familiar. O foco na família e não nas mulheres e no sexo ilustra o distanciamento sistemático do movimento de suas raízes feministas. Além disso, na prática, a ideia de escolha individual em relação ao tamanho da família prevista na noção de planejamento familiar se fundiu a uma política de controle da população e passou a englobá-la, como mencionado no capítulo anterior (HARTMANN, 2016; HODGSON; WATKINS, 1997; MAY, 2010).

Apesar das diversas limitações de então, como a proibição ao atendimento a mulheres não casadas, a PPFA foi responsável pelo aumento da aceitação social dos contraceptivos e do seu acesso nos EUA. Ao mesmo tempo, suas publicações nos anos 1940 enfatizavam o problema da superpopulação forjando as bases para a sua atuação internacional, que se concretizaria em 1952 com a criação da já citada International Planned Parenthood Federation (IPPF). Além dos esforços de Sanger, a criação dessa agência internacional dependeu do financiamento de Dorothy Brush, membro do conselho de diretores da American Eugenics Society, quem passou a ocupar posição de destaque também na IPPF (HARTMANN, 2016; HODGSON; WATKINS, 1997; MAY, 2010).

Foi nesse cenário que a pílula anticoncepcional foi desenvolvida, tendo como ímpetus a necessidade de mulheres controlarem a fertilidade, o perigo da explosão demográfica e o perigo da disgenia. Apesar de sua mudança de abordagem em relação à contracepção, Sanger sempre defendeu a ideia de uma tecnologia simples que fosse controlada pelas mulheres e conseguiu realizá-la. Para desenvolvê-la, buscou o financiamento de outra ativista feminista, Katharine McCormick (MAY, 2010).

Nos anos 1950, a pesquisa em anticoncepção ainda tinha uma má reputação, com os governos e as empresas farmacêuticas se recusando a investir nesse campo. Até 1959, havia a proibição de financiamento por parte do National Institute of Health<sup>25</sup> (NIH) de pesquisas sobre contracepção. Porém, tal limitação não se restringia aos EUA, pois as principais instituições responsáveis por pesquisa médica em âmbito internacional, como a OMS, também não patrocinavam estudos sobre contracepção nesse período devido à sua relação com o sexo. Nesse contexto de tabu em relação à prevenção de gravidez, a Planned Parenthood Federation of America (PPFA) era uma das principais investidoras na área, mas seus recursos não eram suficientes. Assim, uma ativista rica se tornou a principal patrocinadora do desenvolvimento da primeira pílula anticoncepcional (DRUCKER, 2020; MAY, 2010; OUDSHOORN, 1994; SOCOLOW, 2019).

Katharine McCormick foi a segunda mulher a se graduar no Massachusetts Institute of Technology (MIT), possuía uma fortuna e colocava a contracepção como central no seu ativismo feminista. Na década de 1910, já havia colaborado com Sanger para trazer clandestinamente um carregamento de diafragmas da Europa para os EUA e, em 1950, voltou a contatá-la para saber como poderia contribuir financeiramente para a pesquisa em contraceptivos. Sanger através da PPFA já havia incumbido o biólogo Gregory Pincus de desenvolver o que ela chamava de “um contraceptivo universal” para as mulheres, mas foi o dinheiro de McCormick que garantiu o avanço da pesquisa (EIG, 2014; OUDSHOORN, 1994; SOCOLOW, 2019).

Gregory Pincus, no começo, ficou interessado pela questão científica do desafio proposto por Sanger, mas posteriormente passou a defender a necessidade do controle populacional e chegou a declarar em entrevista que o crescimento da população era mais perigoso para o mundo do que a bomba atômica. Após o lançamento da pílula, ele se tornou um dos maiores fomentadores dos contraceptivos hormonais como ferramentas para resolver o

---

<sup>25</sup> Instituição estatal dos Estados Unidos voltada para a pesquisa biomédica e em saúde pública. Está entre os atores que mais investiram no desenvolvimento de tecnologias contraceptivas na última década.

problema populacional, viajando ao redor do mundo para divulgar a necessidade e a importância desses produtos (EIG, 2014; MAY, 2010; OUDSHOORN, 1994).

Pincus e seu assistente Min-Chueh já trabalhavam com compostos hormonais para tratar a infertilidade e passaram a investigar o papel da progesterona na supressão da ovulação em humanos. Nesse período, além deles, outros cientistas patrocinados por empresas farmacêuticas estavam investindo em estudos com hormônios sintéticos para tratar diversas condições, o que propiciou a disponibilização de progestinas sintéticas para seus experimentos (DRUCKER, 2020; MAY, 2010).

O noretinodrel, sintetizado em 1952 por Francis Colton da empresa farmacêutica Searle, foi o composto escolhido pela equipe de Pincus e os testes começaram com as pacientes do médico John Rock, ginecologista e obstetra que tratava mulheres inférteis. Rock era um católico conservador e só aceitava a contracepção por questões de saúde, defendendo que a pílula não seria um método artificial porque mimetizava o que ocorria na gravidez impedindo a ovulação<sup>26</sup>. Sessenta mulheres participaram em um primeiro teste e os resultados foram positivos uma vez que a droga demonstrava ter inibido a ovulação. Porém, esse número de participantes era muito pequeno e apenas metade delas cumpriu o protocolo do estudo que era muito demandante. Envolveia leituras da temperatura basal, esfregaços vaginais e coleta de urina diariamente, mais biópsias endometriais mensalmente. Entre as voluntárias, estavam pacientes de John Rock que buscavam tratamento para a infertilidade (EIG, 2014; MAY, 2010; OUDSHOORN, 1994).

Rock acreditava em um efeito rebote, que consistia na recuperação da fertilidade após a inibição da ovulação por um determinado período. Assim, o teste visava simultaneamente à recuperação da fertilidade de suas pacientes e à análise do efeito contraceptivo do hormônio utilizado. Testes para tratar a infertilidade não estavam proibidos em um contexto de restrição legal a práticas contraceptivas e havia voluntárias motivadas a se tornarem férteis. Entretanto, para testar um contraceptivo, a realidade era outra e a necessidade de testes em larga escala

---

<sup>26</sup> Essa defesa do caráter natural dos hormônios por serem substâncias encontradas em nossos corpos é utilizada em muitos casos em prol de tecnologias biomédicas hormonais e aparece também no fomento a novos contraceptivos hormonais para homens na atualidade como será exposto posteriormente.

apresentou um desafio: onde encontrar um grande grupo de voluntárias<sup>27</sup> aptas a seguir tais protocolos<sup>28</sup> sem violar a lei (MAY, 2010).

Porto Rico surgiu então como solução para esse problema. Era densamente povoado, possuía uma política de controle populacional incentivada pelos EUA e não tinha proibição em relação à contracepção. Já na década de 1930, as autoridades coloniais estadunidenses defendiam que a superpopulação era a causa do “problema porto-riquenho” e foi nesse arquipélago onde começou o envolvimento dos EUA com a esterilização fora do seu território continental. Sendo fornecida a um custo mínimo ou gratuitamente, a esterilização feminina foi amplamente incentivada na ilha. Entre seus promotores estavam agências privadas, como a IPPF, o governo porto-riquenho com fundos dos EUA e o eugenista estadunidense Clarence Gamble, amigo de Sanger e defensor da esterilização dos mais pobres. Esse último financiou muitas dessas cirurgias. No final dos anos 1960, um terço das porto-riquenhas em idade fértil estavam esterilizadas, maior porcentagem do mundo no período (EIG, 2014; HARTMANN, 2016; OUDSHOORN, 1994; PRECIADO, 2018).

Foi nessa conjuntura que, em 1956, foi iniciado o primeiro estudo em larga escala da pílula anticoncepcional em Porto Rico<sup>29</sup>, um dos lugares mais densamente povoados do mundo nesse período, o que associa essa tecnologia à contenção do crescimento populacional, objetivo de muitos dos seus fomentadores. Os testes foram conduzidos por duas mulheres, Edris Rice-Wray, médica diretora da Associação de Planejamento Familiar de Porto Rico, responsável pelo estudo na periferia da capital San Juan, e Adaline Satterthwaite, ginecologista e obstetra, responsável pelo estudo na área rural de Humaco (HARTMANN, 2016; MAY, 2010; OUDSHOORN, 1994; PRECIADO, 2018).

As mulheres porto-riquenhas que se voluntariaram passaram a receber dez miligramas de progestina e pequenas quantidades de estrogênio. A alta dose hormonal – alta em comparação às doses utilizadas em pílulas posteriores – geraram efeitos adversos como náuseas, dor de cabeça e tontura e levaram Rice-Wray a aconselhar Pincus e Rock a encerrar os estudos, o que não aconteceu porque eles consideraram tais efeitos menores e argumentaram

---

<sup>27</sup> Entre as diversas questões éticas que marcaram o desenvolvimento da pílula, houve o engajamento coercitivo de quinze pacientes de um hospital psiquiátrico em Massachusetts nesse cenário de dificuldade para conseguir voluntárias.

<sup>28</sup> A dificuldade para conseguir voluntários para estudos clínicos de uma tecnologia voltada para pessoas saudáveis que não buscam curar ou amenizar uma condição médica marca o campo da contracepção e é apontada como um dos muitos entraves para novos contraceptivos masculinos como será discutido adiante.

<sup>29</sup> Os estudos clínicos da pílula nesse território não são uma exceção. Nas palavras de Preciado (2018, p. 200): “(...) Porto Rico tornou-se o maior laboratório bioquímico e farmacêutico na América do Norte.”

que eram psicossomáticos. Profissionais envolvidos nos testes chegaram a argumentar que esses efeitos estavam relacionados a particularidades das mulheres portorriquenhas que seriam mais emotivas (MAY, 2010; OUDSHOORN, 1994). As concepções de segurança que foram acionadas no desenvolvimento da pílula anticoncepcional serão abordadas posteriormente em comparação com as concepções de estudos clínicos de contraceptivos masculinos.

A pílula anticoncepcional foi testada em mais lugares por Pincus e Rock, como Haiti e cidades estadunidenses do continente. Além disso, outros pesquisadores também a testaram em diversas localidades. Em 1957, apenas um ano após o início dos testes em larga escala em Porto Rico, o Enovid, nome comercial da primeira pílula, recebeu a aprovação da Food and Drug Administration (FDA), órgão de regulação de medicamentos e alimentos dos EUA, para ser comercializada nesse país como medicamento para distúrbios menstruais. Na prática, desde então, esse fármaco foi prescrito e utilizado como contraceptivo sob o disfarce de regulador menstrual e, em 1960, o seu uso foi permitido como anticoncepcional. Como ainda havia dúvidas sobre a segurança dessa tecnologia a longo prazo, o seu uso foi permitido por um período de até dois anos consecutivos. Na Inglaterra, tal fármaco foi nomeado Enavid e foi liberado para tratar distúrbios menstruais também em 1957, sendo autorizado como contraceptivo em 1961. No Brasil, a comercialização desse anticoncepcional foi permitida em 1962. Já na França, a venda e uso de contraceptivos só foi legalizada em 1967 (DRUCKER, 2020; LE GUEN et al., 2017; MAY, 2010; NUCCI, 2012; OUDSHOORN, 1994; PEDRO, 2003; PRECIADO, 2018).

Essa breve e simplificada contextualização sobre alguns atores envolvidos no desenvolvimento e lançamento da tecnologia responsável por revolucionar o campo da contracepção buscou ressaltar como a pílula foi forjada como instrumento de controle populacional e como instrumento de autonomia reprodutiva para as mulheres. O conceito de flexibilidade interpretativa inerente às tecnologias (PINCH; BIJKER, 2012) ajuda a compreender a história da pílula e de outros contraceptivos modernos. Segundo ele, um mesmo artefato tecnológico pode ser interpretado de maneiras diferentes por atores distintos, o que leva, por exemplo, a diferenças na sua apreensão, em seu objetivo, em sua distribuição e em seu uso quando ele já está disponível para consumo.

Tal flexibilidade não diz respeito apenas a como um produto disponível para consumo desperta várias interpretações e formas de uso, ela permeia toda a sua vida social, inclusive sua concepção e produção. Portanto, há flexibilidade também na maneira como o artefato pode ser projetado, isto é, qualquer tecnologia poderia ser de outra forma, pois não há apenas uma maneira possível ou a melhor maneira de projetá-la. Entre as muitas configurações possíveis

para uma tecnologia, a escolhida só pode ser compreendida a partir dos atores envolvidos direta ou indiretamente no seu desenvolvimento. As tecnologias estão implicadas nas estratégias de seus protagonistas (PINCH; BIJKER, 2012). Desta forma, os contraceptivos modernos são como são porque:

(...) a partir dos anos 1960, um poderoso nexos de agências de população, financiadores e empresas farmacêuticas distorceu a direção do desenvolvimento de anticoncepcionais. As preocupações com saúde, segurança e liberdade de escolha ficaram em segundo plano na busca pelos métodos mais baratos e eficazes para reduzir o crescimento populacional, métodos que as mulheres não podiam controlar. Esse ainda é o caso hoje, embora haja novos atores em cena. A principal delas é a Fundação Bill & Melinda Gates (BMGF), a fundação privada mais rica do mundo (HARTMANN, 2016, p. tradução minha<sup>30</sup>)

Determinadas relações sociais características do contexto de produção da pílula moldaram o seu formato e seus usos. Como citado no capítulo anterior, Hartmann (2016) fala em uma divisão da concepção dos direitos humanos para os ricos e da concepção neomalthusiana para os pobres em meados do século XX, tal divisão forjou a produção e difusão da pílula e seguiu forjando tecnologias anticoncepcionais. Ross e Solinger (2017) ilustram essa divisão nos EUA afirmando que o propósito político da pílula foi rapidamente racializado e esta é apresentada simultaneamente como um veículo protetor da vida sexual de universitárias brancas e um dever social de suprimir sua fertilidade para as mulheres negras e de outras minorias. Nesse mesmo sentido, Preciado afirma que: (2018, p. 188):

No contexto de uma politização emergente das minorias raciais, étnicas e sexuais nos Estados Unidos, a molécula contraceptiva foi pensada como um dispositivo eugênico urbano e como método de controlar o crescimento da população não branca, bem como o da população de nações que ainda não tinham aderido à economia capitalista liberal do pós-guerra.

Contudo, é importante destacar que, mesmo para as mulheres que foram foco de políticas neomalthusianas, o uso da pílula – e de outros contraceptivos modernos configurados através da mesma lógica – não foi necessariamente vivenciado de uma maneira negativa. As usuárias são um grupo social relevante na configuração de uma tecnologia e têm certa liberdade em relação às concepções dos produtores, podendo contrariar até mesmo as noções de uso ideal que guiaram esses últimos (OUDSHOORN; PINCH, 2003). May (2010, p. 50-51) descreve isso muito bem em relação à pílula:

Os defensores do controle populacional encontraram reações ambivalentes das pessoas que esperavam alcançar. As mulheres buscavam ansiosamente contracepção onde quer que estivesse disponível. Mas seus motivos eram pessoais. Elas usaram

---

<sup>30</sup> No original: “(...) in the 1960s, a powerful nexus of population agencies, funders, and pharmaceutical firms distorted the direction of contraceptive development. Health, safety, and freedom of choice concerns took a backseat to the search for the cheapest, most effective methods to reduce population growth, methods that women couldn’t control themselves. This is still the case today, though there are new actors on the scene. Chief among them is the Bill & Melinda Gates Foundation (BMGF), the wealthiest private foundation in the world”.

anticoncepcionais para controlar sua própria fertilidade, não para controlar a população mundial (tradução minha<sup>31</sup>).

Inclusive, contrariando os planos neomalthusianos e eugênicos de foco nas populações mais pobres, a maior aceitação da pílula ocorreu entre mulheres de camadas altas e médias dos países industrializados. Assim, enquanto algumas usuárias encaravam a pílula principalmente como uma forma eficaz de controlar a própria fertilidade, sem a ajuda ou sequer o conhecimento dos seus parceiros sexuais, muitos promotores dessa tecnologia não colocavam a autonomia sobre o próprio corpo e a liberdade sexual das mulheres como prioridade. Com exceção de feministas e usuárias, a maioria dos atores relevantes envolvidos na produção e difusão da pílula a encarava prioritariamente como tecnologia de controle populacional. Sanger e McCormick, por exemplo, mesmo tendo adotado ou compactuado com perspectivas eugênicas e neomalthusianas, sempre compreenderam os contraceptivos como tecnologias feministas para a libertação das mulheres em termos de controle sobre a reprodução e, inclusive, eram contra a criação de novos contraceptivos para homens (MAY, 2010).

Por todo o exposto, não é possível desprezar a importância histórica e o potencial feminista e revolucionário da pílula. Ela é um marco para a libertação de mulheres, fruto de lutas feministas e associada à chamada revolução sexual situada nos anos 1960. Esse contraceptivo finalmente permitiu às mulheres dissociarem a prática sexual da gravidez com alta eficácia. A separação do ato sexual da reprodução já era, em certo sentido, uma realidade para homens. Devido às configurações das masculinidades e feminilidades, em diversos contextos, os homens já vivenciavam a possibilidade de desconhecerem uma gravidez, negarem sua paternidade ou não assumirem suas responsabilidades parentais<sup>32</sup>, o que para as mulheres era dificultado pelo fato da gravidez ocorrer em seu corpo e terem que decidir sobre o seu desfecho.

Já existiam diversos métodos contraceptivos antes da pílula, como DIUs, diafragmas, preservativos masculinos, coito interrompido, entre outros. Porém, essas tecnologias eram proibidas em alguns contextos ou eram de difícil acesso. A pílula se destacou principalmente por não necessitar de nenhum procedimento médico para sua inserção, pela sua alta eficácia e por ser dissociada do ato sexual, não necessitando a interrupção desse para a sua utilização e permitindo que mulheres a usassem sem o conhecimento de parceiros e familiares. Devido a tais características, ela permitiu um maior controle das mulheres sobre a reprodução,

---

<sup>31</sup> No original: “Proponents of population control encountered ambivalent reactions from the people they hoped to reach. Women eagerly sought birth control wherever it was available. But their motives were personal. They used contraceptives to control their own fertility, not to control world population”.

<sup>32</sup> Com a criação da tecnologia do teste de paternidade via DNA essa situação foi alterada.

possibilitando que pudessem decidir com maior eficácia se queriam ou não ser mães, quando ter um filho, quantos filhos e em que espaço de tempo engravidar.

Contudo, por outro lado, a invenção da pílula, seu sucesso e difusão ao redor do mundo materializou os corpos de mulheres como o lugar de intervenção contraceptiva e essas mulheres como responsáveis pela prática da contracepção, trazendo diversas questões para sua saúde e o aumento da carga de trabalho reprodutivo para elas (SOCOLOW, 2019). Como será aprofundado no próximo capítulo, antes da criação dessa tecnologia, na década de 1960, não havia uma convenção estabilizada sobre identidade de gênero e uso de tecnologias contraceptivas. Assim, a pílula tem um papel relevante na consolidação da noção da contracepção como uma responsabilidade feminina (KOSMO, 2016; OUDSHOORN, 2003).

O que foi focado no presente capítulo é que, para além das relações de gênero, outras relações de poder, como relações entre nações, classes e raças engendraram a viabilização da pílula anticoncepcional, fazendo com que ela fosse compreendida e vivenciada como uma ferramenta de empoderamento e de vulnerabilidade para suas usuárias, inclusive de forma simultânea. A seguir, serão apresentados alguns aspectos do sucesso e da difusão mundial da pílula, apesar das controvérsias em torno a sua segurança.

## **2.2 A pílula**

Já no final dos anos 1960, quando se falava em pílula nos EUA sem nenhum adjetivo, todos compreendiam se tratar dela. Nenhum outro fármaco foi chamado assim de maneira tão genérica. Menos de uma década após os primeiros testes em animais, ela já era consumida cotidianamente por milhões de mulheres no mundo e chegou a ocupar o posto de substância farmacêutica mais utilizada na história. Até então, nenhuma outra tecnologia biomédica tinha alcançado uma difusão tão ampla e rápida (MAY, 2010; OUDSHOORN, 1994; PRECIADO, 2018; SOCOLOW, 2019; TONE, 2012).

A despeito de tamanho êxito, cem casos de embolia e trombose, além de onze mortes foram reportados já em 1962 nos EUA como associados ao seu uso. Em 1969, a ligação entre esse contraceptivo e a coagulação sanguínea foi estabelecida por estudos britânicos, mas a FDA concluiu que os benefícios da tecnologia superavam os seus riscos. Devido a sua associação ao controle populacional por diversos atores, a diminuição da população mundial foi considerada um dos benefícios principais na avaliação dos seus riscos e benefícios. O então presidente do

Comitê Consultivo de Obstetrícia e Ginecologia da FDA, Louis Heilman, chegou a defender que uma das principais vantagens da pílula seria que ela tornou o problema do controle da população incomensuravelmente mais fácil (HARTMANN, 2016).

Assim, para os atores do controle populacional, a pílula anticoncepcional cumpria o seu objetivo de ser eficaz no controle de gravidezes podendo ser usada para diminuir o crescimento da população. Por outro lado, para muitas das usuárias, apesar dessa tecnologia cumprir o objetivo de permiti-las controlar a própria fertilidade, ela apresentava problemas relacionados aos efeitos adversos que produzia e deveria ser aprimorada.

Em 1969, a jornalista estadunidense Barbara Seaman publicou o livro *The Doctor's Case Against the Pill* denunciando os efeitos adversos desse anticoncepcional e a falha dos médicos em informá-los devidamente às mulheres. Nele, a autora relatava casos de morte, diabetes, cegueira, depressão severa, hipertensão e derrames. O livro e outras denúncias sobre a pílula tiveram impacto nos EUA. Em 1970, o parlamentar Gaylord Nelson realizou audiências sobre esse anticoncepcional no Senado do país. Nenhuma mulher foi convidada para participar como testemunha, o que causou revolta e protestos de movimentos feministas. Como resultado das audiências e dos protestos, passou a ser obrigatório para qualquer medicamento em território estadunidense a presença de uma bula listando a dosagem adequada e os efeitos adversos. Ou seja, a trajetória da pílula nos EUA influenciou a história dos medicamentos como um todo nesse país ao trazer à tona a necessidade de melhores informações aos usuários. Devido à grande repercussão das audiências e protestos por elas gerados, 18% das mulheres que tomavam a pílula deixaram de fazê-lo. Porém, alguns meses depois o número de usuárias já havia voltado ao patamar de antes das audiências (DRUCKER, 2020).

Além de questionamentos à segurança da pílula anticoncepcional, movimentos feministas estadunidenses, principalmente os de esquerda, criticavam as políticas de controle populacional levadas a cabo prioritariamente nos países periféricos (HODGSON; WATKINS, 1997). Ao difundir a pílula anticoncepcional nesses países, as organizações de população subestimavam os efeitos adversos dessa tecnologia e/ou os contrapunham com riscos associados à gravidez dando destaque às taxas de mortalidade materna, que em geral eram mais altas em muitos desses países<sup>33</sup>. Desta forma, os efeitos adversos da pílula eram apresentados

---

<sup>33</sup> Hartmann (2016) explica que os riscos, não só da pílula, mas dos contraceptivos modernos em geral, eram comparados aos riscos relacionados a uma gestação. Como os países pobres tendiam a apresentar maiores taxas de mortalidade materna, muitos especialistas defendiam que para as mulheres desses países a tolerância a riscos de tecnologias contraceptivas deveria ser maior uma vez que uma gestação significaria um risco mais alto para elas do que para mulheres de países ricos.

como uma questão menor em comparação ao seu benefício de evitar gestações que poderiam acarretar diversos riscos e até levar à morte das gestantes. É interessante notar que a mortalidade materna servia como argumento a favor dos benefícios da contracepção, mas não recebia a mesma atenção da ajuda internacional que o planejamento familiar. Se a mortalidade materna fosse o problema a ser resolvido, maiores investimentos em programas de saúde voltados para gestantes teriam sido enfocados para além do planejamento familiar, que obviamente tem impacto na saúde materna, mas isoladamente não garante proteção necessária às gestantes e puérperas. Como expresso no capítulo anterior, as organizações de população investiam em planejamento familiar em contextos de ausência ou escassez de estruturas de atenção básica em saúde, o foco da ajuda internacional era diminuir o crescimento populacional e não a saúde das populações alvo (HARTMANN, 2016).

Para criar demanda para a pílula nos países periféricos, prevaleceu a abordagem da “inundação de anticoncepcionais” idealizada por Reimert Ravenholt, chefe do gabinete de população da USAID de 1965 a 1979. Tal abordagem incentivou a promoção da pílula gratuitamente ou a custo mínimo através de visitas em domicílio de profissionais não médicos do planejamento familiar e de vendas sem restrição em estabelecimentos comerciais em áreas rurais e urbanas desses países. Previa-se que essa oferta geraria usuárias para a tecnologia. Ravenholt explicava a sua abordagem através de um exemplo com o refrigerante Coca-Cola, argumentando que os pobres consumiriam tanto dessa bebida quanto os ricos se um suprimento amplo e gratuito lhes fosse distribuído (HARTMANN, 2016).

Visando à criação de demanda, as organizações de população difundiam a pílula como uma tecnologia segura que dispensava a necessidade de prescrição ou acompanhamento médico, podendo ser adquirida através de vendedores leigos. A IPPF defendia que vendedores e não médicos em geral seriam capazes de identificar as mulheres que não poderiam usá-la através de um conjunto de perguntas simples. É importante ressaltar que, em muitos casos, as pílulas disponíveis nos países ricos eram mais seguras que as difundidas nos programas de planejamento familiar nos países periféricos. Muitos dos efeitos adversos da primeira geração dessa tecnologia provinham da quantidade de estrogênio utilizada e, por isso, posteriormente foram criadas pílulas com doses<sup>34</sup> menores dessa substância. A dose original de Enovid era de 9,85 miligramas de progesterona e 150 microgramas de estrogênio e, em 2012, a dose média

---

<sup>34</sup> Carl Djerassi (1989), químico envolvido na síntese da progestina usada na produção da primeira pílula anticoncepcional, afirmou que a demora para a diminuição da dosagem dos hormônios usados nessa tecnologia se deveu a restrições ao aborto a nível mundial. No contexto de proibições em relação à prática do aborto, era necessário diminuir o risco de gravidezes não planejadas nos estudos clínicos, assim, as doses mais altas eram consideradas mais seguras em termos de eficácia.

era de 0,1 a 3,0 miligramas de progesterona e 20 a 50 microgramas de estrogênio (DRUCKER, 2020; TONE, 2012).

Enquanto nos países ricos passaram a prevalecer as pílulas com menos estrogênio, nos periféricos o acesso a elas era mais restrito. A USAID chegou a ser acusada de enviar para esses países comprimidos com alto teor de estrogênio comprados a preço muito baixo da farmacêutica Syntex Company no começo dos anos 1970 (HARTMANN, 2016).

A partir da pílula anticoncepcional, um paradigma hormonal e populacional se consolidou no campo dos contraceptivos. Buscando aumentar a eficácia dos métodos para o controle populacional, muitos investimentos se direcionaram para o desenvolvimento de tecnologias reversíveis que, ao contrário da pílula, dependessem menos do uso correto pelas usuárias para serem eficazes e que tivessem maior duração (PRECIADO, 2018). Nesse sentido, as injeções e novos DIUs surgem como opção para solucionar o problema das falhas de uso.

O foco era aumentar a eficácia diminuindo a necessidade de ação das mulheres e aumentar a duração dos métodos disponíveis. É importante ressaltar que o aspecto da pílula que se buscou aprimorar através do desenvolvimento de outras tecnologias foi a sua eficácia. Essa não é uma escolha necessária, a partir do sucesso e controvérsias que marcaram a difusão da pílula, poderiam ter sido priorizados métodos mais seguros para as usuárias ou métodos para homens, por exemplo. Hartmann (2016) aponta que os contraceptivos reversíveis de longa duração, aqueles que possuem eficácia por no mínimo três anos, passaram a ser encarados como panaceia para a pobreza no contexto da política internacional de controle populacional. A seguir, outras tecnologias contraceptivas modernas serão apresentadas para ressaltar como elas, assim como a pílula, se configuraram principalmente como respostas ao problema da população.

## **2.3 Outros contraceptivos modernos**

### **2.3.1 Depo-Provera**

A Depo-Provera é uma injeção de acetato de medroxiprogesterona (MPA) para ser usada a cada 90 ou 180 dias visando manter um suprimento constante de progesterona. Essa tecnologia ilustra o investimento feito em produtos com alta eficácia e controlados pelo

provedor, não sendo suscetíveis a erros de uso que possam afetar sua eficácia tal como a pílula é suscetível. Nesse caso, ao invés de ter a disciplina de tomar um comprimido todos os dias, a usuária necessitaria ir até o provedor para receber a injeção a cada três ou seis meses. Apesar de não ser considerado um método de longa duração, essa injeção tem uma eficácia mais duradoura do que uma cartela de pílula.

A empresa farmacêutica estadunidense Upjohn, em pesquisas para uso de esteroides para alívio de dor, criou essa injeção que foi aprovada para ser usada como tratamento para a endometriose e em casos de aborto espontâneo. Em 1963, a FDA permitiu que essa tecnologia fosse testada como anticoncepcional e foram relatados efeitos adversos semelhantes aos das pílulas de alta dosagem hormonal: coágulos sanguíneos, depressão, irregularidades menstruais, ganho de peso, alterações no desejo sexual. Além desses efeitos, a Depo-Provera foi associada posteriormente à perda de densidade óssea devido à supressão do estrogênio natural, o que pode gerar osteopenia ou osteoporose nas usuárias. A FDA só aprovou o seu uso como contraceptivo em 1992, mas antes dessa liberação, as principais agências de planejamento familiar, como a IPPF, bem como a OMS, apoiaram a Depo-Provera e a distribuíram em outros oitenta países. Desta forma, enquanto o órgão de regulação de medicamentos e alimentos estadunidense não permitia o uso dessa tecnologia como contraceptivo internamente, organizações de população a distribuíam para países periféricos, exemplificando que a noção de segurança varia de acordo com o público-alvo. Para as estadunidenses, a injeção apresentava riscos e para mulheres de países pobres, não. A Depo-Provera também foi testada como contraceptivo masculino e provou ser eficaz, porém por seus efeitos no desejo sexual dos homens não foi aprovada como um anticoncepcional viável. Alterações no desejo sexual feminino também foram reportadas, mas não tiveram o mesmo impacto (DRUCKER, 2020; HARTMANN, 2016).

Da perspectiva do controle populacional, essa tecnologia apresenta vantagens significativas pois apenas uma injeção é capaz de prevenir a gravidez por um período de três a seis meses, ou seja, é um método com maior duração do que a pílula. Além disso, não depende da usuária para ser eficaz, ou seja, não tem risco de uso incorreto. Também é importante apontar que em muitos países periféricos, foi verificado que as injeções eram associadas a medicamentos modernos, seguros e eficazes, fazendo com que as pessoas desejassem utilizá-las. Logo, em muitos contextos, sua forma farmacêutica representava também um atrativo (HARTMANN, 2016).

Da perspectiva das usuárias, uma tecnologia com maior duração e que não dependa delas diariamente para ser eficaz também pode ser algo muito positivo ao liberá-las da responsabilidade cotidiana com o anticoncepcional, mas há os efeitos adversos. No caso da

pílula, a mulher tem a possibilidade de suspender seu uso sem a intervenção de um profissional da saúde, já no caso das injeções como a Depo-Provera, ela tem que conviver com esses efeitos até a substância parar de fazer efeito em alguns meses.

Devido às controvérsias em torno dessa tecnologia, ela não teve o mesmo sucesso da pílula e foi utilizada principalmente por mulheres de países periféricos e por minorias nos países ricos. Na Índia, semanas após o seu lançamento, ativistas pela saúde das mulheres denunciaram violações no uso da Depo-Provera em relação ao que estava previsto na licença que a autorizava no país. A droga estava disponível sem a necessidade de prescrição médica nas prateleiras das farmácias (*over the counter*) e na sua bula constavam apenas sete contraindicações enquanto em outros lugares a bula<sup>35</sup> fornecida pela Upjohn apresentava mais de setenta contraindicações. Por causa dos protestos, a licença desse contraceptivo foi revista e ele só voltou a ser permitido no país nos anos 1990 (HARTMANN, 2016).

Na África do Sul, a Depo-Provera foi adotada em 1973 como forma de controle racial no contexto do apartheid, uma vez que o governo direcionou tal tecnologia quase que exclusivamente para as mulheres negras. Durante o apartheid, que durou de 1948 a 1994, o planejamento familiar era o único serviço de saúde gratuito disponível para a população negra do país. A Depo-Provera era o principal e geralmente o único anticoncepcional disponível para essas mulheres e, muitas vezes, era entregue por meio de clínicas móveis de planejamento familiar, sem exames adequados e serviços de apoio. As clínicas de saúde eram poucas e distantes entre si, inacessíveis para a maioria da população rural. Há denúncias do uso coercitivo desse anticoncepcional no país, casos de mulheres negras forçadas a usá-lo para manter seus empregos em fábricas pertencentes a brancos e outras que receberam uma injeção compulsoriamente após o parto no que era chamado de “quarto estágio do trabalho de parto”. Em outro país africano, a Namíbia, também houve uso generalizado de Depo-Provera coercitivamente como parte de uma política racista (HARTMANN, 2016).

### 2.3.2 DIU Dalkon Shield

O DIU, mais um método controlado pelo provedor, mas que além disso apresenta a vantagem de ser de longa duração, também foi difundido por organizações de população no contexto da política internacional de controle populacional. Desde o final do século XIX, já

---

<sup>35</sup> Hartmann (2016) aponta que essa diferença na bula ocorreu também com outras tecnologias contraceptivas que em sua difusão em países pobres se apresentavam com menos informações sobre seus potenciais riscos.

existiam modelos dessa tecnologia, porém sua disponibilidade era limitada porque muitos médicos a consideravam perigosa pelo risco de infecções. Após o lançamento da pílula, nos anos 1960, o DIU foi reabilitado e apareceu como solução para o problema da superpopulação. Houve investimento em pesquisa e desenvolvimento de novos modelos e assim surgiram os DIUs modernos. O Population Council realizou a primeira conferência internacional sobre contracepção intrauterina em 1962 e patrocinou estudos clínicos com diversos tipos de DIU na Alemanha, em Israel, no Japão e no Chile (DRUCKER, 2020, HARTMANN, 2016).

Após os questionamentos sobre a segurança da pílula, foram aprovados vários modelos de DIU nos EUA e o mais popular entre eles se chamava Dalkon Shield. Seu criador, Hugh Davis, escreveu a introdução do acima citado livro de Barbara Seaman de denúncia dos efeitos adversos da pílula e participou como testemunha nas audiências no Senado sobre esse tema. Como resultado da busca por alternativas à pílula, o uso do DIU aumentou e a empresa de dispositivos médicos A. H. Robins comprou a empresa de Davis e começou a fabricar o Dalkon Shield em 1971. Porém, antes da venda, Davis havia feito algumas modificações no dispositivo que nunca foram aprovadas em estudos clínicos e tal fato foi omitido da compradora (DRUCKER, 2020).

Esse DIU gerou mortes e causou problemas graves como infertilidade permanente, abortos, perfurações uterinas, sepse e gravidez ectópica. Em 1974, foi retirado do mercado por não ser seguro, mas até então 2,2 milhões de mulheres estadunidenses faziam uso dessa tecnologia, um número maior do que a soma de usuárias de todos os outros modelos de DIU disponíveis. Entre as usuárias do Dalkon Shield, 200.000 apresentaram ou tiveram filhos que apresentaram problemas graves de saúde (DRUCKER, 2020; MAY, 2010).

A empresa A. H. Robins foi alertada dos problemas do dispositivo já em 1971, alguns meses após a introdução do Dalkon Shield no mercado, mas decidiu esconder os resultados dos seus próprios estudos clínicos e tentar reverter futuros prejuízos. Em 1972, fechou um contrato de venda de pacotes desse DIU não esterilizado com a USAID oferecendo um desconto de 48% no produto. Assim, o Dalkon Shield foi exportado para países periféricos para atuar nos programas de planejamento familiar. A USAID afirma que, até então, não sabia dos problemas de segurança do dispositivo, mas a compra e distribuição dos produtos não esterilizados já demonstra um duplo padrão nas medidas de segurança. Nos EUA, o dispositivo era vendido em pacotes individuais e esterilizado, nos outros quarenta e dois países para onde foi enviado, o produto deveria ser imerso em desinfetante antes da inserção na usuária. Além disso, havia somente um documento com as instruções para cada conjunto de mil DIUs e tais instruções se apresentavam apenas em três línguas, inglês, francês e espanhol (HARTMANN, 2016).

Um ano após a retirada do Dalkon Shield do mercado estadunidense, a USAID fez um *recall* do produto que havia sido distribuído para 440.000 mulheres em diversos lugares do mundo, mas muitas das usuárias não foram localizadas. Inicialmente, quase dez mil mulheres estadunidenses processaram a empresa A. H. Robins que teve que pagar indenizações que somaram 520 mil dólares. Em 1984, ela foi obrigada a localizar mulheres com o Dalkon Shield em todos os países onde ele foi distribuído e em 1985 declarou falência de forma controversa pondo como limite o ano de 1986 para requisição de indenizações. No total, mais de 300 mil pedidos de reparação foram feitos (HARTMANN, 2016; WATKINS, 2012).

No auge da política mundial de controle populacional, esses novos métodos reversíveis e com controle do provedor, como a Depo-Provera e o Dalkon Shield, foram os principais métodos ofertados pelos programas de planejamento familiar nos países periféricos juntamente com os procedimentos de esterilização. Para as agências de população, a camisinha e outros métodos de barreira, como o diafragma, perderam relevância como contraceptivos nesse contexto porque não eram considerados tão eficazes para prevenir gravidezes como os métodos hormonais e os DIUs. Como visto, a limitação de escolha de usuárias e usuários em relação ao método utilizado e a pressão ou coerção para adoção da contracepção ou da esterilização marcam a política internacional de controle populacional (HARTMANN, 2016).

Mesmo com as mudanças assinaladas no campo do planejamento familiar e da contracepção devido à ascensão do conservadorismo moral e religioso na década de 1980, pouco mudou nos objetivos materializados nas tecnologias desenvolvidas, como fica exemplificado com o implante Norplant lançado em 1982 pelo Population Council.

### 2.3.3 Norplant

Desde os anos 1970, o então diretor do Population Council, Howard Tatum, avaliava que a efetividade dos programas de controle populacional estaria comprometida pela falta de profissionais e dificuldades envolvidas na distribuição das tecnologias, por isso, passou a idealizar um método de alta eficácia, independente da motivação da usuária, com fácil utilização, longa duração, reversível, barato e sem a exigência de acompanhamento médico. Como uma resposta a tais demandas, cientistas do Population Council criaram o conceito de implante contraceptivo, tecnologias com capacidade de difusão de substâncias biológicas através de cápsulas de silicone de forma constante e por longos períodos e que ofereceriam a

possibilidade de prevenção da gravidez com baixa dosagem de progestagênio. Em 1982, o Population Council lançou o Norplant, o primeiro implante subdérmico hormonal para contracepção, dando início a era do implante hormonal. Com pesquisas desde o final dos anos 1960, mais de cinquenta mil mulheres participaram dos estudos clínicos dessa tecnologia em quarenta e quatro países, em sua maioria periféricos (MAY, 2010; PIMENTEL et al, 2017).

O Norplant consiste em seis cápsulas de silicone (Norplant I) ou dois pequenos bastões de silicone (Norplant II) contendo o progestagênio levonorgestrel, que é utilizado em alguns anticoncepcionais orais. Tais dispositivos são inseridos na parte superior do braço das mulheres, sendo necessários profissionais médicos e anestesia local para a sua inserção e remoção. Possui eficácia de até cinco anos e a fertilidade é restaurada vinte e quatro horas após a retirada da tecnologia. Por não ser biodegradável, a remoção é uma necessidade. Atores do controle populacional o consideraram uma opção à esterilização devido à sua reversibilidade, alta taxa de eficácia e longa duração. Em relação à Depo-Provera e à pílula anticoncepcional, o Norplant também foi considerado melhor por possuir uma dose hormonal inferior. Esse implante segue o padrão das agências de população de desenvolver e fomentar contraceptivos de longa duração e sem o controle das usuárias. A eficácia por cinco anos explicita no próprio funcionamento da tecnologia o objetivo demográfico de redução da população, sendo necessário problematizar por que não foi concebido um dispositivo com duração menor, de um a dois anos, por exemplo. O efeito adverso mais comum do Norplant é a interrupção ou a interferência no ciclo menstrual, ocasionando amenorreia, sangramento prolongado ou vazamentos intermitentes, além disso, também são recorrentes os efeitos relacionados ao uso de anticoncepcionais de progesterona, dor de cabeça, depressão, perda do desejo sexual, mudança no peso, náuseas e acne (HARTMANN, 2016; PRECIADO, 2018).

Nos EUA, o Norplant só foi autorizado pela FDA em 1990, mas, já nos anos 1980, foi inserido em programas de planejamento familiar em países periféricos. O Population Council, criador da tecnologia, contratou a empresa finlandesa Leiras Pharmaceuticals para fabricar e fornecer o Norplant para tais países. Porém, os procedimentos para a inserção e a remoção dessa tecnologia não são tão simples na prática como foi propagado pelos seus fomentadores. Mesmo em contextos como o finlandês, em que havia boas estruturas de serviço de saúde, médicos encontraram dificuldade para a retirada do implante. Uma vez que o dispositivo é implantado no corpo, uma camada de tecido fibroso é formada ao seu redor fazendo com que o processo de remoção seja mais difícil do que o de inserção. Na literatura voltada para possíveis usuárias, o dispositivo é apresentado como rápido, fácil e indolor, mas muitas mulheres que o usaram relataram dor intensa no processo de retirada (HARTMANN, 2016; MAHONEY, 2021).

Além disso, se padrões de esterilização não forem mantidos, há possibilidade de infecções decorrentes desses procedimentos, fazendo com que eles requeiram certa infraestrutura médica muitas vezes incompatível com as condições encontradas em localidades pobres. A manutenção das cápsulas no corpo das mulheres para além do limite de cinco anos aumenta o risco de gravidez ectópica. Como o dispositivo só deve ser retirado por profissional médico treinado, é possível que muitas mulheres em regiões pobres que não possuam serviços de saúde acessíveis tenham encontrado dificuldade para a remoção do dispositivo dentro do prazo. Durante os estudos clínicos com a tecnologia, as participantes que fossem se mudar para outras áreas eram aconselhadas a retirar o implante porque não encontrariam nas novas localidades profissionais habilitados para o procedimento. Nesse contexto, de um total de 813 participantes em um estudo na Indonésia, 238 mulheres não foram mais localizadas e não puderam ter a tecnologia removida pela equipe do estudo. No Brasil, essa tecnologia nunca foi autorizada para ser comercializada porque os testes foram cancelados. Há a denúncia de que mulheres pobres brasileiras foram abandonadas em um estudo com esse implante e quatorze delas foram encontradas com ele após o prazo de cinco anos (HARTMANN, 2016).

Em contextos de políticas neomalthusianas ou eugênicas, uma tecnologia como o Norplant é bastante eficaz para materializar o controle sobre a reprodução de determinados grupos sociais, há um potencial para abuso na configuração da própria tecnologia, devido à perda de controle da usuária que depende de profissionais de saúde especializados para a retirada do dispositivo de seus corpos. Tal potencial não significa que os abusos vão ocorrer necessariamente em todos os usos da tecnologia, mas é importante questionar se um dispositivo com tais características seria pensado, desenvolvido e priorizado em um contexto político em que a contracepção estivesse dissociada do controle populacional e de perspectivas eugênicas. Nos EUA, por exemplo, dois anos após a autorização do uso do Norplant, em 1992, treze estados criaram projetos de lei que propunham recompensas financeiras para mulheres pobres que aceitassem implantar a tecnologia ou obrigavam mulheres julgadas por certos crimes a usá-la. Tais leis não foram aprovadas, mas ilustram concepções do Norplant como uma tecnologia de controle populacional e eugênica. Há denúncias também nos EUA do uso desse implante em mulheres indígenas através de procedimentos negligentes para obtenção de consentimento das usuárias. (HARTMANN, 2016; ROSS; SOLINGER, 2017).

No celebrado programa de planejamento familiar indonésio já citado, quase meio milhão de mulheres receberam o Norplant até meados dos anos 1990. Em muitos casos, o uso dessa tecnologia ocorreu sem o aconselhamento sobre seus efeitos colaterais, sem um exame apropriado para constatar se estavam grávidas no momento de inserção, sem o oferecimento de

outras tecnologias, sem a esterilização adequada do equipamento para os procedimentos ou sem a informação de que deveriam retirar o dispositivo em cinco anos (HARTMANN, 2016).

A difusão do Norplant ilustra como a perspectiva neomalthusiana se manteve na ajuda internacional aos países pobres para a criação de programas de planejamento familiar e no campo da contracepção, não houve uma mudança de paradigma com investimento em tecnologias que garantissem maior autonomia e segurança das usuárias, a eficácia seguiu sendo o foco, apesar de toda a oposição. O mesmo pode ser verificado com a tecnologia Essure, dispositivo para esterilização desenvolvido em 1998 pela empresa estadunidense Conceptus.

#### 2.3.4 Essure

Aprovado nos EUA em 2002 e no Brasil em 2009<sup>36</sup>, o Essure consiste em duas molas que são inseridas nas tubas uterinas através do canal vaginal por meio de um histeroscópio<sup>37</sup>. A inserção desses dispositivos promoveria ao longo de aproximadamente três meses um processo de cicatrização local que geraria o crescimento de tecido fibroso resultando na obstrução das tubas uterinas e impedindo assim a junção de espermatozoides com o oócito de forma definitiva. Trata-se de um dispositivo para a esterilização permanente que foi propagandeado como um procedimento minimamente invasivo, sem cortes, sem cicatrizes, que poderia ser realizado no consultório médico em vinte minutos e que demandaria apenas um ou dois dias para a recuperação da paciente. Desta forma, foi apresentado como uma opção à laqueadura, principalmente para aquelas mulheres que não poderiam se submeter a uma cirurgia. Em 2013, a empresa Conceptus, produtora do Essure, foi comprada pela empresa farmacêutica Bayer (BRANDÃO; PIMENTEL, 2020; SHEFFIELD, 2019).

Brandão e Pimental (2020) apontam que a Bayer em sua divulgação do Essure no Brasil enfatizava a simplicidade e a rapidez para a implantação da tecnologia, enquanto não dava o mesmo destaque para os procedimentos que são necessários para o acompanhamento das usuárias. Há necessidade de um teste de confirmação para verificar se o posicionamento das

---

<sup>36</sup> Segundo Brandão e Pimentel (2020), o Essure não foi incorporado como procedimento de esterilização no Sistema Único de Saúde (SUS), mas houve estudos clínicos com essa tecnologia em diversos hospitais públicos no país.

<sup>37</sup> Histeroscópio é um aparelho para exame ginecológico que consiste em um tubo de aproximadamente dez milímetros de diâmetro que contém uma fibra ótica que transmite luz e permite a visualização da cavidade uterina através da sua inserção pela vagina.

molhas está correto e se houve de fato a oclusão das trompas após três meses da inserção da tecnologia. Para tal verificação, a histerossalpingografia é o exame de praxe e consiste na inserção de contraste através de uma injeção via colo do útero para permitir a visualização por raio X das trompas. Portanto, o exame apresenta riscos associados ao uso de contrastes químicos. Além disso, enquanto a inserção poderia ser feita em contexto ambulatorial e isso era enfatizado pela empresa, caso a retirada do dispositivo fosse necessária, essa exigiria a realização de uma cirurgia (BRANDÃO; PIMENTEL, 2020). É importante ressaltar que devido aos efeitos adversos vivenciados após a implantação do Essure, muitas mulheres se submetem à cirurgia para remoção (MAHONEY, 2021).

Diversas denúncias sobre reações adversas ao Essure surgiram ao longo dos anos em vários países. Dor abdominal, irregularidades menstruais, dor de cabeça, perfurações, fragmentos do dispositivo no organismo, fadiga, irritação na pele, perda de cabelo, ansiedade, depressão e alteração no peso são fenômenos associados à tecnologia (MAHONEY, 2021). Mulheres estadunidenses se organizaram por meio de um grupo de apoio mútuo criado na rede social Facebook chamado *Essure Problems* (Problemas do Essure), que conta atualmente com mais de 40.000 membros. Em 2012, solicitaram à FDA reuniões para debater os efeitos adversos desse dispositivo e foram cruciais para a revisão realizada por essa agência regulatória. Em 2015, mais de uma década após ter concedido autorização ao Essure nos EUA, a FDA iniciou um processo de revisão em relação à sua segurança (SHEFFIELD, 2019).

As usuárias do Essure organizadas demandavam a retirada do produto do mercado, mas isso não aconteceu nesse momento. Como consequência da revisão, a FDA exigiu: modificações na rotulagem do produto, com ênfase nas informações sobre benefícios e riscos, a realização por parte da Bayer de um estudo de vigilância pós-mercado com o objetivo de avaliar os riscos e benefícios da tecnologia e a obrigatoriedade de um termo de consentimento assinado pela usuária e pelo médico responsável. Após a mudança na rotulagem e a exigência do termo de consentimento, a FDA informou que as vendas do produto tiveram uma queda de 70% (SHEFFIELD, 2019).

Representantes da comunidade médica estadunidense, como The American Congress of Obstetricians and Gynecologists, opuseram-se à nova rotulação com tarja preta do Essure. A PFFA seguiu utilizando-o em algumas das suas clínicas, além de ter defendido o uso do dispositivo na audiência realizada pela FDA. Porém, as denúncias dos efeitos adversos continuaram surgindo e foram ganhando cada vez mais repercussão. Em 2017, foi lançado nos EUA um *podcast* sobre a história do Essure relatando os danos que causou em muitas mulheres. Em 2018, foi lançado na plataforma de *streaming* Netflix um documentário com o mesmo teor

chamado *The Bleeding Edge* – em português a versão do título é Operação Enganosa (SHEFFIELD, 2019).

No Brasil, em 2016, a Agência Brasileira de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou alertas sobre o Essure. Em um deles, destacava que tanto profissionais como usuárias deveriam ter ciência das possíveis complicações derivadas do produto, além de exigir que o procedimento de inserção do dispositivo só ocorresse mediante assinatura do Termo de Ciência e Consentimento Pós-Informado. Após ter tido o seu registro suspenso por alguns meses em 2017 por essa agência, o Essure voltou a ser liberado no país, mas foi retirado do mercado internacional pela Bayer, que manteve o produto apenas nos EUA (BRANDÃO; PIMENTEL, 2020). No final de 2018, o produto também foi retirado do mercado estadunidense. Até então, a Bayer estimava que mais de 750.000 dispositivos Essure haviam sido vendidos em todo o mundo e afirmou que a sua descontinuação não se relacionava a questões de segurança, mas sim à queda nas vendas (SHEFFIELD, 2019).

Mahoney (2021) afirma que o Essure é apenas o mais recente exemplo de dispositivo para a contracepção que apresenta sérios efeitos para a saúde das mulheres, apontando as semelhanças da trajetória dessa tecnologia com as do DIU Dalkon Shield e do Norplant. Defende que apesar de avanços em relação à saúde da mulher e à equidade de gênero em geral, os corpos das mulheres ainda não lhes pertencem de fato, permitindo que tecnologias nocivas continuem sendo criadas visando enormes lucros para empresas. A essa constatação da autora, acrescentaria que, além da lógica do lucro, essas tecnologias seguem sendo produzidas a partir da lógica do controle populacional e não dos direitos sexuais e reprodutivos. Ela também destaca que é inimaginável uma tecnologia dessas voltada para corpos masculinos, ainda mais ficando disponível por dezessete anos no mercado estadunidense.

O Essure causou danos em muitas mulheres em diversos estágios do seu uso, seja na implantação ou anos após o procedimento. Mesmo com a retirada do dispositivo, muitas ficaram com danos permanentes e tiveram que passar por outros diversos procedimentos como a histerectomia. Por tudo isso, a esterilização laparoscópica é mais segura e efetiva do que esse dispositivo (MAHONEY, 2021). Lançada já na década de 2000, alguns anos após as conquistas de Cairo e Pequim, essa tecnologia demonstra que ainda temos um longo caminho para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Apesar de todos os avanços, a segurança, o bem-estar e a autonomia dos indivíduos seguem sendo preteridos em favor de tecnologias de longa duração e eficazes que visam prevenir gravidezes, além de garantir lucros para as empresas farmacêuticas.

## 2.4 Para Concluir

Hartmann (2016) aponta que o desenvolvimento dos contraceptivos modernos foi marcado por três tendências: (1) o foco nos corpos das mulheres; (2) o foco em tecnologias cirúrgicas ou sistêmicas em detrimento de métodos de barreira considerados mais seguros; (3) maior preocupação com a eficácia do que com a segurança dos métodos.

Tais tendências apontadas não estavam predestinadas. Caso a revolução contraceptiva de meados do século passado não tivesse sido impulsionada por políticas neomalthusianas e eugênicas, ou seja, se a abordagem de outros grupos sociais houvesse prevalecido, os anticoncepcionais modernos não seriam como são. Igualmente, se a produção de contraceptivos fosse orientada para o bem-estar e segurança dos usuários a despeito do lucro, se a divisão sexual do trabalho não delegasse às mulheres o trabalho reprodutivo, se a medicalização do sistema reprodutivo de homens fosse equivalente à do sistema reprodutivo de mulheres, nossos anticoncepcionais seriam diferentes.

Os contraceptivos modernos poderiam ter sido criados dissociados de interesses na diminuição do crescimento populacional de determinados grupos, mas não foi assim que se deu a sua trajetória e, até hoje, o campo da contracepção é marcado pelos argumentos da necessidade de prevenir gravidezes não planejadas e assim contribuir com a preservação ambiental e a diminuição da pobreza. Não houve uma mudança significativa em relação aos atores e interesses envolvidos no desenvolvimento de contraceptivos até a atualidade. No caso do desenvolvimento de novos anticoncepcionais masculinos, a questão da segurança ganha maior relevância, havendo comparativamente maior preocupação com os efeitos adversos dos métodos do que existe em relação aos efeitos dos métodos femininos, como será descrito no capítulo IV. Porém, a ênfase em tecnologias reversíveis de longa duração e na eficácia também é verificada no campo da contracepção masculina (HARTMANN, 2016; OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017).

Hartmann (2016) cita a necessidade de uma segunda revolução contraceptiva. Uma nova revolução que, sem renunciar à alta eficácia, conveniência e baixo custo das tecnologias disponíveis, se apoiasse na segurança dos produtos tanto a curto como a longo prazo para mulheres, homens e bebês sendo amamentados por pessoas que utilizam contraceptivo. Essa autora ressalta que os métodos de barreira, como diafragmas, preservativos, espermicidas e

capuz cervicais já existem e são métodos mais seguros que poderiam ser aprimorados se houvesse maior investimento em pesquisa sobre tais tecnologias.

Acredito que uma segunda revolução contraceptiva baseada na justiça reprodutiva seja necessária para disponibilizar diversas novas tecnologias seguras, baratas e acessíveis para homens e mulheres cis e trans. Tecnologias que sejam moldadas levando em consideração a necessidade de garantir a equidade entre os gêneros, tendo como objetivos uma divisão mais equitativa do trabalho contraceptivo, a garantia da segurança e da autonomia sobre o próprio corpo das e dos usuários. É preciso deixar definitivamente para trás esse capítulo das tecnologias contraceptivas modernas como tecnologias de controle populacional, eugênicas, prejudiciais à saúde, que limitam a autonomia e sobrecarregam as mulheres com o trabalho contraceptivo.

Essa revolução ainda não está em nossos horizontes e teremos que lutar por ela. Como será exposto adiante, apesar da própria inclusão de homens como usuários de contracepção ter um potencial revolucionário, sendo um avanço o reconhecimento da necessidade de incluí-los no trabalho contraceptivo, ainda falta para a viabilização de um novo contraceptivo masculino. Especialistas preveem que é possível que um método hormonal para homens seja lançado, no mínimo, em cinco a dez anos. Porém, o campo da contracepção masculina segue o padrão da preocupação com questões populacionais e da eficácia das tecnologias. Além disso, a maior preocupação com a segurança dos contraceptivos para homens está associada a inequidades de gêneros e a privilégios masculinos e não a uma busca por produção de tecnologias mais seguras para ambos os sexos.

No presente capítulo, o foco foi posto em como o controle populacional moldou as tecnologias contraceptivas. Nos próximos três capítulos, será focado como o gênero molda tais tecnologias e é a chave principal para a compreensão do porquê não existe ainda uma pílula masculina.

### 3 POR QUE CONTRACEPÇÃO É COISA DE MULHER?

No capítulo anterior, foi apresentado como as políticas de controle populacional moldaram os contraceptivos modernos. A partir da lógica controlista, essas tecnologias foram criadas com o objetivo de diminuir o crescimento populacional e, mais especificamente, o crescimento de determinados grupos sociais (DRUCKER, 2020). Porém, tal lógica do controle populacional inerente aos anticoncepcionais modernos não explica por que até hoje não há tecnologias eficazes para homens da mesma forma que existem para as mulheres. Pelo contrário, a criação de novos métodos masculinos contribuiria para o projeto controlista ao possibilitar o aumento do número de usuários, tendo potencial para diminuir as taxas de natalidade.

Apesar de buscarem aumentar a prática contraceptiva mundialmente, os atores do controle populacional – e os demais atores envolvidos no campo da contracepção – ainda não conseguiram transformar os homens em usuários de tecnologias contraceptivas (OUDSHOORN, 2003; PINCH; OUDSHOORN, 2003). Na atualidade, em quase nenhum lugar do mundo, eles participam da contracepção em maior quantidade do que as mulheres. Na maioria dos contextos, a porcentagem de contraceptivos masculinos utilizada representa apenas uma pequena fração da porcentagem de mulheres empregando métodos femininos<sup>38</sup> (GUTMANN, 2005; SOCOLOW, 2019).

Buscando compreender a consolidação do que Mara Viveros Vigoya (2002) chamou de “cultura contraceptiva feminina”, no presente capítulo será abordado como a contracepção se tornou prioritariamente uma tarefa feminina e se tornou excluída dos modelos dominantes de masculinidade<sup>39</sup> (OUDSHOORN, 2003; SOCOLOW, 2019). Antes da revolução contraceptiva, a prevenção a gravidezes não era tão associada às mulheres como passou a ser após a produção dos contraceptivos modernos, todos voltados para elas. A divisão sexual do trabalho contraceptivo tal como prevalece na atualidade é fruto dessa revolução. Antes da invenção da

---

<sup>38</sup> Segundo Le Guen e colegas (2017), a Espanha é uma exceção a esse cenário com o uso de métodos considerados masculinos – vasectomia, preservativo e coito interrompido – equivalendo a 53% do total de uso de métodos anticoncepcionais.

<sup>39</sup> Diversos fatores foram relevantes para a feminilização da contracepção. Entre eles, cabe destacar a existência de movimentos sociais de mulheres reivindicando tecnologias anticoncepcionais femininas que permitissem a elas controle sobre a própria fertilidade e o foco nas mulheres pelas instituições de controle de natalidade ou de planejamento familiar. No presente capítulo, porém, o foco recairá na relação da biomedicina com as mulheres devido à sua centralidade para a concepção do corpo feminino como o corpo reprodutivo. Concepção essa que configura as práticas de tais movimentos e instituições, por isso, é considerada central para a compreensão do porquê a contracepção ainda é coisa de mulher.

pílula, apesar da divisão sexual do trabalho já definir como feminino tudo o que se relacionasse ao trabalho reprodutivo, não havia nenhuma tecnologia específica que estabilizasse a contracepção como tarefa feminina como ocorreu após a hegemonia alcançada pelas tecnologias anticoncepcionais modernas voltadas para as mulheres (GUTMANN, 2007; HANDELSMAN, 1991; KOSMO, 2016; OUDSHOORN, 2003).

Estudos feministas da ciência e da tecnologia demonstraram como as tecnologias biomédicas moldam o que consideramos como nossos corpos e nossas experiências. Os contraceptivos modernos revolucionaram a vivência sexual ao finalmente separarem de forma eficaz a sexualidade da reprodução para as mulheres e definiram o corpo feminino como o lugar prioritário da intervenção contraceptiva e elas como as responsáveis pelo trabalho contraceptivo (OUDSHOORN, 1994, 2003; PLOEG, 1998; PRECIADO, 2018).

Desta forma, os anticoncepcionais modernos ilustram como as tecnologias podem exercer um papel central na estabilização de determinadas performances de gênero. Existe uma co-construção entre gênero e tecnologias em geral, o desenvolvimento tecnológico depende do ajuste mútuo entre performances de gênero e os fatos e artefatos criados. No caso das tecnologias contraceptivas modernas, essa relação é bastante óbvia. Esses produtos fazem gênero uma vez que criam a prescrição de que a contracepção é tarefa feminina e não masculina e reforçam a concepção do corpo feminino como corpo reprodutivo<sup>40</sup> (PRECIADO, 2018; OUDSHOORN, 1994; 2003).

Essa feminilização da prevenção de gravidezes ocorreu conjuntamente ao processo de medicalização da anticoncepção. Antes da invenção da pílula, evitar uma gravidez não era uma prática necessariamente compreendida como uma questão médica, inclusive havia muito receio entre médicos e cientistas de se envolverem com anticoncepção uma vez que ou ela era proibida, ou era estigmatizada. Além disso, como mencionado no capítulo 2, no começo do século XX, algumas ativistas feministas pela contracepção eram contrárias à aliança com esses profissionais da saúde, defendendo que envolvê-los na prevenção de gravidezes poderia dificultar tal prática, sendo uma barreira para quem não tivesse acesso a eles (HARTMANN, 2016; LE GUEN et. Al, 2017; TONE, 2012). Essa posição foi vencida e a aliança com médicos foi estabelecida, sendo muito importante para a legitimação da anticoncepção. Ser considerada

---

<sup>40</sup> Além de determinar os corpos das mulheres como corpo reprodutivo e local preferencial da contracepção, as tecnologias contraceptivas fazem gênero de diversas outras formas. Sobre os contraceptivos hormonais, Preciado (2018, p. 224) afirma: “A administração em massa de altas doses de estrogênio e progesterona nos órgãos de mulheres cis ocidentais após a Segunda Guerra Mundial permitiu a produção e a reprodução da feminilidade como um biocódigo pronto e padronizado”.

uma questão médica, controlada por esses profissionais, contribuiu para sua aceitabilidade mesmo em contextos de oposição por parte principalmente de atores religiosos e conservadores. Desta forma, como ocorreu com diversas outras práticas, comportamentos e fenômenos corporais, a contracepção passou a ser abarcada como um tema científico e médico e os contraceptivos modernos e seu sucesso devem também ser compreendidos a partir da medicalização da sociedade (CONRAD, 2007; SANTOS, 2018).

Aqui será adotado o conceito de medicalização do sociólogo Peter Conrad (2007), segundo o qual “‘medicalização’ descreve um processo pelo qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e desordens<sup>41</sup>” (p. 4, tradução minha<sup>42</sup>). Esse autor, diferentemente de outros, utiliza o conceito de medicalização para se referir ao fenômeno identificado em meados do século XX que consiste em um alargamento dos aspectos da vida humana encarados como questões médicas (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014).

Como será melhor explorado adiante, os corpos das mulheres foram historicamente lugares privilegiados da intervenção biomédica em relação aos corpos dos homens e o processo de medicalização de meados do século XX seguiu essa tendência de focar primeiro no corpo feminino. Deste modo, a transformação da prevenção de gravidezes em questão médica é associada à sua transformação em uma questão feminina uma vez que a biomedicina já tinha uma rede estabelecida de intervenção na função reprodutiva das mulheres sem ter o mesmo em relação ao corpo dos homens (OUDSHOORN, 1994; PLOEG, 1998).

Não há nada intrínseco à prevenção de gravidezes que faça com que ela seja necessariamente considerada uma questão biomédica, essa atividade poderia ser praticada e concebida como algo externo à biomedicina, fora da sua alçada. Da mesma forma, não há nada intrínseco à prática contraceptiva que faça com que ela seja considerada responsabilidade feminina. Buscando demonstrar que os contraceptivos modernos materializaram a contracepção como algo da alçada médica e de responsabilidade das mulheres, primeiramente, serão apresentados alguns aspectos da prevenção de gravidezes antes da revolução contraceptiva.

---

<sup>41</sup> A contracepção foi medicalizada passando a ser compreendida e gerida pela medicina. Porém, nesse processo, a condição de fertilidade da pessoa que usa o contraceptivo não passou a ser tratada em termos de doença ou desordem como outros fenômenos medicalizados. Os contraceptivos modernos são tecnologias voltadas para mulheres saudáveis.

<sup>42</sup> No original: “Medicalization” describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders”.

### 3.1 Contraceção pré-pílula

Até a revolução contraceptiva, nenhum dos métodos disponíveis apresentava a eficácia<sup>43</sup> dos métodos modernos. O uso perfeito da pílula, isto é, se essa tecnologia for utilizada exatamente conforme as instruções, sem erro de uso, garante uma eficácia de quase 100%, algo praticamente inédito então (SOCOLOW, 2019). Até o lançamento desse produto, apenas a abstenção sexual garantia um resultado parecido, a esterilização de homens e mulheres já era realizada, mas não estava disponível como método de prevenção de gravidez (VIEIRA, 2015). No começo do século XX, esses procedimentos de esterilização estavam associados à abordagem eugênica de controlar as populações consideradas inaptas, sendo direcionados especificamente a esses grupos. Portanto, não eram procedimentos que os sujeitos acessavam deliberadamente como forma de evitar a gravidez, era algo imposto, coercitivo e, em muitos casos, as pessoas que passavam por eles sequer eram comunicadas (DRUCKER, 2020). Watkins (2012) aponta que, no contexto estadunidense, somente nos anos 1970, a laqueadura e a vasectomia passaram a ganhar popularidade como uma opção contraceptiva irreversível a ser escolhida pelos indivíduos.

Os DIUs também estavam disponíveis antes da pílula. Eles foram criados com o objetivo de bloquear o esperma ou criar um ambiente hostil para o embrião no útero, tendo como base tecnologias usadas no século XIX para tratar problemas uterinos. No entanto, no contexto pré-revolução contraceptiva, eram considerados tecnologias perigosas, inclusive por defensores do controle de natalidade que os associavam a perfurações uterinas entre outros problemas. Como já citado, somente na década de 1960, inovações feitas nesses produtos fizeram com que eles fossem reabilitados e passassem a ser considerados com mais vantagens do que desvantagens pelos profissionais de saúde (DRUCKER, 2020; SOCOLOW, 2019).

O diafragma e o capuz cervical eram os principais produtos indicados por ativistas da contraceção nas clínicas de controle de natalidade<sup>44</sup> no começo do século XX, justamente por colocarem a prevenção da gravidez sob controle das mulheres. Uma vez que sua prescrição e

---

<sup>43</sup> Apesar de apresentarem taxas de eficácia inferiores aos contraceptivos modernos, os métodos até então disponíveis foram responsáveis por uma queda acentuada da taxa de fertilidade antes da revolução contraceptiva em alguns contextos, como nos EUA (TONE, 2012).

<sup>44</sup> Segundo Ducker (2020), a primeira clínica de controle de natalidade foi aberta em 1882 em Amsterdam pela ativista Aleta Jacobs.

inserção poderiam depender de médicos, estavam entre os poucos métodos, como os DIUs, relacionados à intervenção médica. Mesmo assim, em muitos casos, as usuárias podiam obtê-los em clínicas de controle de natalidade, sem contato com tais profissionais (DRUCKER, 2020; TONE, 2012).

Como o acesso a diafragmas e a capuzes cervicais não era tão fácil, principalmente em contextos de proibição da contracepção, eles se mantiveram como produtos usados por mulheres mais abastadas de países ocidentais, as quais tinham acesso a profissionais de saúde e/ou do controle de natalidade, assim como às condições para higienizar e armazenar adequadamente tais dispositivos de barreira. As mulheres mais pobres tinham acesso principalmente a tecnologias químicas, como espermicidas, esponjas, supositórios e duchas, que eram menos eficazes. Tais produtos eram feitos de diversas matérias-primas e, por muito tempo, não foram regulamentados. Portanto, em muitos casos, sua eficácia não era garantida e podiam gerar dores e irritações nos genitais (DRUCKER, 2020; SOCOLOW, 2019). Ou seja, antes da revolução contraceptiva, a maior preocupação eugênica e neomalthusiana com a fertilidade das mulheres mais pobres também não se encontrava estabilizada através de tecnologias anticoncepcionais, os produtos mais eficazes eram mais acessados por mulheres com melhores condições de vida.

Além desses produtos e procedimentos disponibilizados entre meados do século XIX e meados do século XX, há métodos contraceptivos mais antigos, como o uso de ervas e remédios caseiros, tecnologias que deram origem ao preservativo masculino e métodos comportamentais como a abstinência temporária e o coito interrompido. Ervas em forma de chás ou banhos para provocar a menstruação e /ou prevenir a gravidez foram e seguem sendo utilizadas por mulheres ao redor do mundo. Em muitos contextos, a delimitação entre a busca por regulação menstrual, por contracepção ou por um aborto na utilização dessas substâncias não é tão óbvia. Drucker (2020) aponta que, desde o século XVII, receitas com remédios caseiros à base de ervas ou de outras matérias-primas eram populares em todo o continente europeu e na América colonizada. May (2010) afirma que remédios e poções surgiram no mercado no século XIX e início do século XX propondo-se a regular o ciclo menstrual. Tais produtos continham avisos alertando que poderiam causar aborto ou prevenir gravidez, mas, segundo a autora, esses possíveis malefícios eram na verdade os objetivos buscados pela maioria das consumidoras<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Como já exposto, a pílula passou por um processo semelhante ao ser primeiro autorizada, divulgada e comercializada como um remédio para a regulação da menstruação. Drucker (2020) argumenta que os anticoncepcionais, muitas vezes, são tecnologias camufladas (*camouflage technology*) uma vez que seu verdadeiro propósito de prevenir gravidezes é disfarçado por outra função considerada aceitável.

O preservativo masculino pode ser considerado como uma das tecnologias anticoncepcionais com origem mais antiga. Amy (2016) indica que há debate sobre a origem desse método, que consiste em cobrir o pênis com algum material buscando impedir a passagem da ejaculação. Porém, situa no século II uma primeira menção a tal prática em uma fábula escrita pelo grego Antonino Liberal, além de destacar que, já no século X, o médico persa Al-Akhwayni recomendava cobrir o pênis com uma vesícula biliar animal para evitar a concepção. Ou seja, o único contraceptivo reversível para homens na atualidade é baseado em uma prática antiquíssima, o que ilustra o nível de inovação no campo da contracepção masculina.

O ato de cobrir o pênis com algum material se difundiu principalmente como forma de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), o seu valor para a prevenção de gravidezes foi legitimado posteriormente, no século XVIII. Nesse contexto, encontravam-se disponíveis na Europa “preservativos” para homens feitos de intestinos de gado e ovelha ou de pele e membranas de peixes, artefatos reutilizáveis que podiam ser lavados para higienização. Em meados do século XIX, com a vulcanização da borracha e seu uso na produção de tecnologias biomédicas, os preservativos dessa matéria-prima passaram a ser comercializados, sendo substituídos, a partir de 1930, pelos produtos feitos a partir do látex. Tanto os modelos de látex como seus antecessores foram estigmatizados, sendo associados por muito tempo à prevenção de ISTs e à prostituição. Por isso, profissionais da saúde e do planejamento familiar encontraram historicamente muita resistência ao buscar convencer casais heterossexuais a usar tal produto como contraceptivo porque ele era associado ao sexo fora do casamento e não à prevenção de gravidez (AMY, 2016; DRUCKER, 2020; SOCOLOW, 2019).

Existem diversos métodos comportamentais para prevenir gravidezes: há os que consistem em ter relações sexuais em determinada posição; os que consistem em não ter relações em determinado período, identificado como o momento em que a gravidez pode ocorrer<sup>46</sup>; e o que consiste na ejaculação fora da vagina, conhecido como coito interrompido e considerado o método mais popular da história (DRUCKER, 2020).

Além de nenhum desses métodos disponíveis antes da revolução contraceptiva ter eficácia semelhante à dos métodos modernos, o acesso a eles era restrito, tanto por questões morais como por proibições legais. Como já exposto, pelo menos durante o primeiro terço do

---

<sup>46</sup> Somente em 1924 a ovulação foi identificada pelo ginecologista japonês Ogino Kyūsaku garantindo a possibilidade de eficácia de tal método de abstenção temporária. Antes de tal fato, havia diversas prescrições diferentes para abstenção em períodos fora do que concebemos hoje como período fértil (DRUCKER, 2020).

século XX, a produção, distribuição, venda e propaganda de contraceptivos, bem como debates e divulgação de informações sobre métodos anticoncepcionais em geral, estavam proibidos em diversos países<sup>47</sup>. Desse modo, a prática de prevenção de gravidez era limitada em diversos sentidos – na quantidade de métodos acessíveis para cada um dos gêneros; na eficácia dos métodos disponíveis; na legitimidade dessa prática diante de proibições legais e da estigmatização moral. Nesse contexto, não existia uma associação tão forte da contracepção a um dos gêneros, tal como passou a existir com a emergência dos métodos modernos voltados para as mulheres (DRUCKER, 2020; OUDSHOORN, 2003).

Gutmann (2005, 2007) defende que, antes da revolução contraceptiva, em todo o mundo, os homens tinham um papel mais ativos na contracepção. May (2010), focando principalmente no contexto estadunidense, afirma que os dois métodos mais utilizados nesse período pré-pílula eram controlados pelos homens: o preservativo masculino e o coito interrompido. Tone (2012), por sua vez, aponta que métodos não medicalizados – preservativo, abstinência temporária e coito interrompido – eram os mais populares então.

Durante a primeira metade do século XX, defensores do controle de natalidade na Inglaterra tentaram sem sucesso desincentivar os métodos comportamentais e propor sua substituição por produtos considerados mais avançados e eficazes, como preservativos, espermicidas, duchas, esponjas, diafragmas e capuzes cervicais. Apesar da campanha difamatória, classificando principalmente o coito interrompido como ineficaz, desagradável e prejudicial à saúde física e psicológica, tal método se manteve em diversos lugares como o mais utilizado, inclusive em contextos em que os produtos fomentados pelas clínicas de controle de natalidade eram acessíveis (FISHER; SZRETER, 2003).

A preferência pela prática do coito interrompido como método para prevenir gravidezes e a recusa da sua substituição por métodos incentivados pelas clínicas de controle de natalidade foi identificada entre casais de trabalhadores ingleses no período entre a Primeira e a Segunda Guerra Mundial. A partir de entrevistas com esses sujeitos, foi observado que a prática contraceptiva era considerada uma responsabilidade dos homens, sendo os métodos femininos muito menos populares do que os masculinos. Era tarefa masculina fazer os avanços sexuais, definir quais métodos contraceptivos seriam usados e aprender a utilizá-los. Nesse sentido, muitas mulheres e homens relataram que elas preferiam não se envolver e simplesmente

---

<sup>47</sup> Na Irlanda, por exemplo, devido ao poder da igreja católica, somente em 1973, o uso da chamada contracepção artificial foi legalizado para pessoas casadas, sendo legalizado em 1985 para qualquer pessoa. Obviamente, a aquisição, compra e venda de tecnologias anticoncepcionais ocorria clandestinamente.

seguiam o que era proposto pelo cônjuge. Essa pesquisa traz um exemplo de divisão sexual do trabalho contraceptivo diferente da que se estabilizou internacionalmente com a hegemonia dos contraceptivos modernos femininos, fruto da revolução contraceptiva (FISHER; SZRETER, 2003).

Da mesma forma que a contracepção não era necessariamente considerada uma função feminina, não era uma questão médica convencional no período anterior à produção dos contraceptivos modernos. Enquanto o processo de aumento da intervenção médica no parto se desenvolvia desde o final do século XVIII, a prevenção de gravidezes ocorria prioritariamente fora da jurisdição médica, com homens e mulheres utilizando métodos que prescindiam de explicações, autorizações, prescrições e acesso via profissionais da medicina. Apenas uma minoria entre as mulheres, cerca de uma a cada cinco, tratava com médicos sobre a prevenção de gravidezes; os métodos mais populares eram aqueles fora da alçada médica; e, além disso, esses profissionais eram, em geral, relutantes em relação a dar informações sobre o tema. Como os DIUs não tinham tanta aceitabilidade, sendo normalmente considerados tecnologias inseguras, e os procedimentos de esterilização não eram compreendidos como um método para aqueles então considerados aptos, as tecnologias mais medicalizadas eram o diafragma e o capuz cervical, que poderiam ser acessados através de clínicas de controle de natalidade, ou seja, tampouco estavam limitados à intervenção médica no sentido estrito (TONE, 2012).

Assim, a expansão da jurisdição médica em meados do século passado transformou também as práticas contraceptivas dos sujeitos. Antes, elas estavam situadas principalmente no âmbito privado das relações íntimas e passaram então ao âmbito dos consultórios ginecológicos (CONRAD, 2007; LE GUEN et. al., 2017). A pílula é um marco dessa transformação. Em um contexto de encantamento em relação aos fármacos e do seu poder em resolver condições até então mortais ou que requeriam intervenções invasivas, essa tecnologia foi produzida com uma eficácia até então inexistente e tendo o uso dissociado do ato sexual, o que permitia a discrição e a não interrupção do coito. Seu lançamento alterou as expectativas sobre o que os anticoncepcionais poderiam e deveriam fazer e a tornou o padrão que guiou o desenvolvimento de novas tecnologias. O objetivo passou a ser alcançar a mesma eficácia da pílula, mas diminuir o erro de uso por parte das usuárias (HARTMANN, 2016; SOCOLOW, 2019; TONE, 2012).

A pílula é o marco da revolução contraceptiva que materializou a anticoncepção como uma questão médica e feminina. Diferentemente dos métodos até então mais populares, ela foi criada como um produto biomédico feminino, indissociável do controle por parte de ginecologistas. Para usá-la, as mulheres dependiam inicialmente de prescrição e a OMS, o FDA

e instituições de planejamento familiar<sup>48</sup> recomendavam a realização de exames ginecológicos antes da prescrição e sua repetição periodicamente durante o uso desse fármaco<sup>49</sup> (TONE, 2012).

Assim como ocorreu em outros processos de medicalização, a transformação da contracepção em questão médica foi resultado da atuação de diversos atores, não se restringiu a interesses e práticas de ginecologistas ou outros profissionais da biomedicina (CONRAD, 2007), envolvendo também ativistas feministas pelo controle de natalidade, promotores do controle populacional e eugenistas que buscavam legitimar a anticoncepção. Com exceção das feministas e ginecologistas, os outros atores relevantes nesse processo de medicalização da prevenção de gravidezes não tinham motivos para focar nos corpos femininos como lugar da contracepção. No entanto, a existência de uma rede estabelecida de intervenção biomédica na função reprodutiva desses corpos possibilitou inovações no campo da contracepção feminina, enquanto o campo da contracepção masculina se manteve relativamente sem inovações significativas.

Só é possível compreender por que até hoje não há uma pílula masculina a partir do processo histórico de maior intervenção biomédica sobre a reprodução das mulheres, fenômeno relacionado à concepção da mulher como o corpo reprodutivo por excelência e como o corpo naturalmente patológico que precisa ser vigiado e cuidado pela medicina para cumprir suas funções. Nesse sentido, na próxima seção, serão destacados aspectos da construção da compreensão ainda hegemônica de uma diferença biológica incomensurável entre homens e mulheres.

### **3.2 Dois corpos, duas medidas**

---

<sup>48</sup> Como visto no capítulo anterior, tal recomendação de acompanhamento médico no uso das tecnologias contraceptivas modernas foi flexibilizada em muitos contextos por instituições de população como estratégia para facilitar o acesso a essas tecnologias em países pobres com serviços de saúde em geral mais precários.

<sup>49</sup> Além de expandir significativamente a atuação médica sobre a prevenção de gravidezes, a pílula foi também responsável por instituir uma rotina de exames ginecológicos para mulheres saudáveis em idade reprodutiva. No período anterior ao seu lançamento, a realização do exame Papanicolau para a detecção de alterações celulares no colo de útero já era recomendada, mas não havia adesão por parte das mulheres. Tal cenário mudou quando a realização do exame passou a ser associada a consultas que tinham como principal objetivo para as mulheres a obtenção da pílula ou outro contraceptivo (TONE, 2012).

É relativamente recente a concepção sobre os corpos masculinos e femininos como entidades distintas e complementares. Apenas a partir do século XVIII, as diferenças entre homens e mulheres passaram a ser situadas prioritariamente em seus corpos, com o entendimento de que existem dois sexos biológicos distintos. O historiador Thomas Laqueur (2001) em sua obra *Inventando o Sexo* analisa a criação do dimorfismo sexual como um fato científico, ressaltando que, assim como o gênero, o sexo como o compreendemos também foi construído.

Esse autor descreve como, por dois mil anos, dos textos médicos gregos até o século XVIII, corpos de homens e de mulheres não eram compreendidos em termos de diferenças, mas sim como fundamentalmente iguais. Compreendia-se que ambos tinham basicamente o mesmo corpo, inclusive a mesma genitália, com a diferença de que a delas era interna, enquanto a deles, externa. A vagina era concebida como um pênis interno, os lábios vaginais como o prepúcio e os ovários como os testículos. A nomenclatura deixava isso patente, por muito tempo, essas partes do corpo receberam o mesmo nome: “Durante dois milênios o ovário, um órgão que no início do século XIX se tornou uma comparação da mulher, não tinha nem ao menos um nome específico. Galeno refere-se a ele com a mesma palavra que usava para os testículos masculinos (...)” (LAQUEUR, 2001, p. 16).

Assim, desde a Antiguidade Clássica até o século XVIII, ser homem ou ser mulher não estava associado ao corpo, à biologia, mas sim a uma ordem cósmica transcendental. O corpo era concebido prioritariamente como reflexo dessa ordem maior transcendental. Nas palavras de Laqueur (2001, p.9, grifo no original):

Ser homem ou mulher era manter uma posição social, um lugar na sociedade, assumir um papel cultural, não *ser* organicamente um ou o outro de dois sexos incomensuráveis. Em outras palavras, o sexo antes do século XVII era ainda uma categoria sociológica e não ontológica.

Os corpos eram então encarados como diferindo apenas em nível de perfeição em uma concepção hierárquica que situava o corpo dos homens como o modelo, como o mais perfeito, uma vez que detinha mais calor vital. O corpo das mulheres era igual ao deles, porém com menos calor vital e, portanto, menos perfeito. Tal falta de calor explicava a retenção interna nas mulheres de partes que eram externas nos homens, como o pênis e os testículos. Desse modo, havia corpos iguais com apenas uma distinção no grau de perfeição (LAQUEUR, 2001).

Laqueur (2001) nomeou essa concepção de corpo de modelo de sexo único e a descreveu como a ideia de que havia um só corpo, uma só carne, e dois gêneros. Tal modelo não se relacionava a uma igualdade política entre homens e mulheres. Essas não eram concebidas socialmente como iguais aos homens, a questão é que a diferença entre eles não era

situada ou justificada através da biologia, pois o corpo era entendido como uma manifestação do gênero. Nesse contexto, o gênero era considerado como real, como parte da ordem das coisas, enquanto o corpo era convencional. Assim como o posterior foco nas diferenças corporais de homens e mulheres, o foco na igualdade corporal é indissociável de assimetrias de gênero que situavam o homem como a medida da humanidade: “O sexo, tanto no mundo do sexo único como no de dois sexos, é situacional; é explicável apenas dentro de um contexto da luta sobre gênero e poder (LAQUEUR, 2001, p. 23).

Somente partir do século XVIII, vai se configurando uma concepção de sexo mais próxima da nossa concepção atual. O modelo de sexo único foi sendo substituído pelo que Laqueur denominou o modelo de dois sexos, que enfatiza as diferenças corporais entre homens e mulheres, indicando a existência de dois sexos biológicos distintos, opostos e complementares – modelo vigente até os dias de hoje apesar de não universal e obviamente sofrendo modificações em cada contexto. Diferentemente do modelo anterior, passou-se a compreender que havia dois corpos distintos, duas carnes, equivalentes a dois gêneros e as diferenças entre homens e mulheres passaram a ser situadas principalmente em seus corpos. Ocorreu uma inversão, o gênero passou a ser considerado uma manifestação do corpo, que passou a ser considerado um fato, algo da ordem do real (LAQUEUR, 2001).

A instituição do dimorfismo sexual foi acompanhada por uma agenda científica de busca pela diferença sexual em todo o corpo, para além dos órgãos sexuais. Foi nesse contexto que passaram a surgir ilustrações de esqueletos de mulheres ressaltando suas diferenças em relação aos esqueletos masculinos. Apesar de que, desde o século XVI, anatomistas modernos, como Vesalius, representassem esqueletos humanos a partir da dissecação e observação tanto de homens como de mulheres, somente no século XVIII, começaram a aparecer ilustrações diferenciando cada um dos sexos como parte de um movimento para identificar as distinções entre eles em todas as partes do corpo, inclusive em sua estrutura óssea (SCHIEBINGER, 1986).

A ascensão do modelo de dois sexos não deve ser compreendida como resultado de um aumento de conhecimento científico, a partir de descobertas. Antes da noção do dimorfismo sexual se tornar dominante, já havia evidências pelas quais era possível definir a diferença sexual. Por outro lado, outras evidências consoantes ao modelo de sexo único são contemporâneas à difusão e à consolidação do modelo de dois sexos. Assim, a invenção do dimorfismo sexual, com a passagem do modelo de sexo único para o modelo de dois sexos, não tem a ver com avanços científicos no sentido estrito e só pode ser compreendida no contexto de uma grande transformação epistemológica e sociocultural (LAQUEUR, 2001).

Laqueur (2001) argumenta que a criação do dimorfismo sexual é indissociável de uma mudança epistemológica no contexto da revolução científica, quando se passou a situar o mundo físico/a natureza/a biologia prioritariamente como o real e a base para a compreensão de todos os fenômenos, inclusive os sociais. A crença em uma ordem cósmica transcendente para justificar determinadas autoridades, como a do senhor sobre o escravo, do rei sobre o súdito e do homem sobre a mulher, foi perdendo sua hegemonia. A realidade metafísica foi preterida como explicação para os fenômenos e a concepção galênica do corpo como epifenômeno do cosmos foi substituída por uma concepção do corpo como fechado, estável, ahistórico e sexuado, que contém a explicação para diferenças sociais tais como as de gênero e raça (ROHDEN, 2003).

Essa mudança epistemológica, por sua vez, não pode ser dissociada das relações políticas<sup>50</sup>. Laqueur (2001) defende que o dimorfismo sexual é também fruto de disputas políticas: “A política, amplamente compreendida como competição de poder, criou novas formas de constituir o sujeito e as realidades sociais dentro das quais o homem vivia” (LAQUEUR, 2001, p. 22).

No final do século XVIII, enquanto a Revolução Francesa pregava os direitos de igualdade e liberdade, assistia-se a uma intensificação das preocupações, especialmente por parte dos médicos, com a diferença entre homens e mulheres. A onda de reformas e igualitarismo, longe de provocar uma revolução também nas representações médicas sobre a natureza dos seres humanos, acaba, ao contrário, originando uma reafirmação sem precedentes da sua condição biológica e dos papéis sociais atribuídos a cada sexo. Isso pode ser observado em obras representativas da trajetória das ciências e da medicina nessa época, tais como a *Encyclopédie* de Diderot e d’Alembert (1751-1772) e, mais tarde, o *Dictionnaire des Sciences Médicales* (1812-1822) editado por Panckoucke (ROHDEN, 2001, p. 29)

Laqueur (2001) argumenta que não houve uma causa única para a criação do dimorfismo sexual, mas que a concepção de dois sexos estáveis, radicalmente distintos e complementares é indissociável da política de gênero. Nesse sentido, Schiebinger (1986) destaca que a descoberta da “desigualdade” feminina por parte de anatomistas no século XVIII estava conectada a um contexto de reivindicações sobre a condição social das mulheres na Europa e foi construída como argumento científico para justificar sua propensão para a maternidade e sua exclusão do mundo político. A então evidência de um crânio menor e uma pélvis maior nas mulheres serviram como explicação da naturalidade e do caráter inevitável da divisão sexual do trabalho que as encerrava no âmbito privado.

---

<sup>50</sup> De fato, epistemologia e relações políticas não são entidades autônomas e distintas que podem ser separadas, encontram-se necessariamente imbricadas. Uma vez que o senso comum as concebe como realidades autônomas, bem delimitadas e dissociadas, recorro a essa distinção artificial entre o político e o científico como recurso argumentativo para justamente ressaltar sua interpenetração nesse caso analisado. Além disso, busquei apresentar a argumentação de Laqueur (2001) que utiliza tais termos dessa forma em sua argumentação, também como recurso didático.

Cientistas e médicos se empenharam para provar que homens e mulheres são biologicamente diferentes e que elas estariam mais próximas da natureza do que eles. Schiebinger (1998) também aponta que a noção de que a mulher estaria mais próxima aos animais do que do homem é muito antiga e analisa como foi atualizada para uma linguagem científica através da criação do termo mamífero para nomear a classe de animais a qual os humanos pertencem.

Tal termo, significando “da mama”, foi apresentado por Lineu em 1758 em sua taxonomia que foi considerada a inauguração da nomenclatura zoológica moderna. Ele selecionou uma característica que estava mais relacionada às fêmeas, por essas terem mamas que produzem leite, para dar nome à classe à qual os humanos pertencem. Podendo basear a nomenclatura em outras qualidades compartilhadas por machos e fêmeas, como ter um coração de quatro câmaras, ter pelos ou ter três ossos no ouvido, a escolha por enfatizar a mama é associada pela autora à política de gênero. Uma vez que o nome mamífero é o responsável por englobar humanos e animais irracionais, ou seja, trata das semelhanças entre eles, a escolha por uma característica mais associada ao feminino ressalta que justamente essa característica feminina coloca os humanos em igualdade com certos animais irracionais. Na mesma obra de Lineu em que o termo mamífero apareceu surgiu também o termo *Homo Sapiens* (homem de sabedoria) justamente para distinguir os humanos de outros primatas. Assim, Schiebinger (1998) enfatiza que a razão, então tida como uma característica prioritariamente masculina, foi usada para diferenciar humanos de animais irracionais, enquanto a mama, associada à amamentação e ao feminino, foi selecionada para igualar humanos a animais irracionais.

Além de mais próximas da natureza, nessa agenda científica de busca pela diferença sexual, as mulheres foram concebidas como passivas, principalmente no que diz respeito à sua sexualidade. Laqueur (2001) traz à tona a modificação da concepção sobre o orgasmo feminino que ocorreu no contexto dessa reinterpretação mais radical sobre os corpos que levou ao modelo de dois sexos. Foi no século XIX que foi abandonada a noção até então prevalecente de que o orgasmo das mulheres era necessário à concepção, alterando a compreensão do mesmo como um processo da reprodução arraigado no corpo de mulheres para uma abordagem que o encarava como dispensável, acidental e um bônus do processo reprodutivo feminino.

Desta forma, assim como os órgãos reprodutivos, o orgasmo, que era tido como propriedade comum a homens e mulheres, foi dividido, passando então a ser encarado como constante e necessário apenas para a reprodução no corpo dos homens. Tal dissociação do orgasmo da reprodução propiciou uma reinterpretação da sexualidade feminina, que passou a ser compreendida prioritariamente como passiva. A presença de orgasmo como necessária para

a reprodução se tornou um marco do dimorfismo sexual e passou a prevalecer a ideia de que as mulheres, diferentemente dos homens, não se preocupavam tanto com o prazer:

Os antigos valores foram destronados. O lugar-comum da psicologia contemporânea – de que o homem deseja o sexo e a mulher deseja relacionamentos – é a exata inversão das noções do pré-Iluminismo que, desde a Antiguidade, ligava a amizade aos homens e a sensualidade às mulheres. As mulheres, cujos desejos não conheciam fronteiras no antigo esquema e cuja razão oferecia pouca resistência à paixão, tornaram-se, em alguns relatos, criaturas com uma vida reprodutiva anestesiada dos prazeres carnis (LAQUEUR, 2001, p. 15).

Essa criação da “mulher sem paixão” também não pode ser associada a avanços científicos, pois não houve nenhuma descoberta que justificasse a mudança de compreensão e consequente desvalorização do orgasmo feminino. Apesar de compreendermos hoje que o orgasmo das mulheres não é necessário para uma gestação, no século XIX, não havia evidências para a compreensão da fertilidade feminina. Inclusive, até o primeiro terço do século XX, o que é concebido atualmente como o período fértil das mulheres era considerado por muitos médicos o momento para ter relações sem risco de gravidez. Houve uma reinterpretação do orgasmo feminino no contexto dessa busca por diferenças entre homens e mulheres como prioridade da agenda científica (LAQUEUR, 2001).

Por todo o exposto, a distinção entre homens e mulheres passou então a ser situada em seus corpos, através de certo determinismo biológico adotado pela medicina e pelas ciências em geral. Como Stolcke (1993) argumenta, foi constituída uma naturalização ideológica das desigualdades de raça e de gênero. Tais desigualdades presentes nas sociedades de classes modernas foram ancoradas na natureza e tornadas verdades imutáveis. Antes, as diferenças sociais eram concebidas como imutáveis devido a uma ordem hierárquica cósmica, mas, com as mudanças epistemológicas e políticas associadas à modernidade, houve um deslocamento da justificativa para o biológico:

A meu ver, essa “naturalização” é um subterfúgio destinado a conciliar o inconciliável, ou seja, um ethos difundido de igualdade de oportunidades de todos os seres humanos nascidos iguais e livres com a desigualdade socioeconômica realmente existente no interesse dos seus beneficiários. É essa naturalização ideológica da condição social, que desempenha um papel tão fundamental na reprodução das sociedades de classes, que responde pela importância específica atribuída às diferenças sexuais (STOLCKE, 1993, p. 19, tradução minha<sup>51</sup>).

Rohden (2003) destaca que, ao mesmo tempo em que a diferença entre homens e mulheres passou a ser concebida como enraizada na natureza – tendo como marco a criação do dimorfismo sexual como fato científico no século XVIII –, ela também era concebida como

---

<sup>51</sup> No original: “As I see it, this ‘naturalization’ is an ideological subterfuge intended to reconcile the irreconcilable, namely a pervasive ethos of equality of opportunity of all human beings born equal and free with really existing socio-economic inequality in the interest of the latter’s beneficiaries. It is this ideological ‘naturalization’ of social condition, which plays such a fundamental role in the reproduction of class society, that accounts for the specific importance attached to sexual differences.”

passível de sofrer transformações a partir de fatores culturais. Ressalta que a concepção da influência do meio sobre os sujeitos foi bastante influente na biomedicina do século XIX:

A consolidação da diferença sexual depende de um processo no qual a ordem da cultura tem um papel fundamental. Se não considerarmos tal pressuposto é impossível compreender o que propõem os trabalhos médicos produzidos durante todo o século XIX. É percebendo a importância das pressões da cultura sobre o que é tido como natural que podemos entender porque as perturbações diagnósticas na época da puberdade feminina ganham tal relevância. Em especial, têm destaque aquelas vinculadas a influências como a educação, a leitura de romances, a vida nas cidades – todas de alguma forma relacionadas a um contexto de maiores possibilidades de autonomia (ROHDEN, 2003, p. S209).

Portanto, fazia-se necessário vigiar os costumes e práticas para fazer com que as condições sociais fossem ao encontro das propensões naturais do dimorfismo sexual, aprimorando-as. Havia uma preocupação com possíveis ameaças ao que estava ditado pela natureza. Seguindo a lógica da diferenciação entre homens e mulheres, elas eram mais instáveis do que eles, sendo, por isso, mais suscetíveis a influências do meio e, portanto, deveriam ser foco de maior atenção. Por exemplo, o investimento no desenvolvimento intelectual por parte das mulheres, poderia ser entendido como um risco pois “a educação poderia se constituir em uma influência cultural extremamente perturbadora, prejudicando todos os esforços que a natureza fazia no sentido de garantir o bom desenvolvimento da capacidade reprodutiva feminina” (ROHDEN, 2003, p. S210).

Deste modo, Rohden (2003) ressalta que a noção dominante da diferenciação sexual na medicina do século XIX é associada a uma preocupação com o caráter instável dos sexos:

O mais importante a ser destacado é o fato de que a imensa preocupação em descrever pormenorizadamente aquilo que distingue homens e mulheres, se constitui exatamente em função da percepção de que as fronteiras entre os sexos não eram estanques. Era a admissão de que os limites não estavam garantidos que chamava a atenção dos médicos. Sem dúvida, eles operavam com uma concepção na qual a natureza havia provido as diferenças básicas entre os sexos. Mas, essas diferenças eram operacionalizadas e cristalizadas ao longo da vida de homens e mulheres. E a puberdade era um momento em que esta operacionalização ganhava um impulso mais forte. Embora naturais ou biológicas, as diferenças não estavam garantidas (p. S210-S211).

O modelo de dois sexos radicalmente distintos e complementares que precisam ser bem direcionados para cumprir os desígnios da natureza está associado à maior intervenção sobre os corpos das mulheres comparativamente aos corpos masculinos por parte da biomedicina. Na próxima seção, serão apresentados aspectos da ginecologia como especialidade biomédica para situar a estabilização de uma rede sociotécnica voltada para a função reprodutiva feminina que facilitou a produção de tecnologias reprodutivas voltadas para as mulheres.

### 3.3 A ciência da mulher

O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.

Foucault

A medicina moderna, científica, tem suas origens no final do século XVIII<sup>52</sup> e apresentou historicamente um interesse distinto em relação a homens e a mulheres. Essas, assim como outros grupos sociais, tornaram-se alvo prioritário dos saberes e práticas biomédicas, enquanto os homens não foram priorizados a partir do seu pertencimento de gênero. Para ilustrar essa relação desigual da biomedicina com os gêneros, aqui será enfocada a ginecologia como especialidade médica devido ao seu papel no campo da contracepção. Porém, a maior intervenção biomédica sobre as mulheres não é restrita a essa disciplina, aspectos dessa desigualdade poderiam ser explanados a partir da medicina legal, da psiquiatria e da higiene, por exemplo (FOUCAULT, 2009; ROHDEN, 2001, 2002; VIEIRA, 2015).

Até o século XIX, fenômenos que hoje concebemos como da alçada da ginecologia, como o estudo e o tratamento de questões do aparelho sexual e reprodutivo feminino, estavam englobados por conhecimentos e práticas obstétricos. Apesar de que, desde o século XVI, tenha ocorrido uma aproximação dos médicos em relação à execução de partos, será apenas durante os séculos XVIII e XIX que tal fenômeno passa a ser legitimado como competência desses profissionais. A construção de um conhecimento cirúrgico e tecnológico sobre o parto consolidou a especialidade médica nomeada obstetrícia e se encontra como uma das entradas da apropriação do corpo da mulher pela biomedicina (ROHDEN, 2001, 2002; VIEIRA, 2015).

A ginecologia aparece como disciplina separada da obstetrícia no final do século XIX. Ela surge como uma especialidade cirúrgica, portanto, sua constituição dependeu da existência de condições técnicas como a assepsia, a antisepsia e a anestesia. Diferentemente da obstetrícia, que é encarada como a parte da medicina que atua na gravidez, no parto e no puerpério, a ginecologia chegou a ser compreendida de forma abrangente como uma ciência da mulher (ROHDEN, 2001, 2002; VIEIRA, 2015). Seu foco estava no corpo feminino,

---

<sup>52</sup> Seguindo Camargo Jr. (2003), utilizarei a denominação biomedicina como sinônimo dessa ciência médica moderna inaugurada no século XVIII. Tal nomenclatura reflete sua vinculação com disciplinas científicas do campo da Biologia.

principalmente na sua função sexual e reprodutiva<sup>53</sup>, mas também na relação necessária da condição biológica feminina com o papel social que as mulheres deveriam exercer:

A ginecologia se apresentava então como uma ciência que, com base em supostos dados naturais, descrevia e mesmo prescrevia os papéis sociais adequados para homens e mulheres. A um determinado corpo corresponderia um determinado tipo de comportamento. As principais características dessa produção eram a ênfase na diferença sexual, constituída, sobretudo, desde a associação entre a mulher e a maternidade e a análise das desordens decorrentes das tentativas de rompimento com a separação de papéis (ROHDEN, 2001, p. 19).

Assim, a institucionalização dessa ciência da mulher é fruto do amplo interesse da biomedicina no estudo do corpo feminino e da sua diferenciação em relação ao homem<sup>54</sup> em um contexto em que as ciências biomédicas se constituíram como árbitras legítimas nos debates políticos sobre o papel das mulheres na sociedade (OUDHOORN, 1994). “A ginecologia – e toda a produção em torno da sexualidade e reprodução na mulher – se constitui como um conhecimento elaborado com base na percepção de como as mulheres são distintas dos homens” (ROHDEN, 2001, p. 52). Tal distinção é encarada de forma totalizante, não se restringindo aos órgãos genitais, mas permeando a totalidade dos indivíduos, fisiológica e psicologicamente (ROHDEN, 2001, 2002).

Chama atenção o fato da agenda científica de diferenciação dos sexos não ter tido como consequência a consolidação de disciplinas e/ou especialidades médicas semelhantes para cada um dos gêneros, mas somente um foco nas particularidades femininas. No caso dos homens, não há nada equivalente, nunca se consolidou uma ciência do homem que o particularizasse a partir do seu gênero, diferenciando-o da mulher. Até os dias de hoje, não existe uma especialidade focada em seus corpos com equivalente reconhecimento e difusão. A andrologia, como campo dedicado à sexualidade e à reprodução masculina, nunca chegou perto de alcançar o status da ginecologia. No Brasil, nem sequer se consolidou como uma especialidade médica, sendo uma subespecialidade da urologia. Essa última, por sua vez, não é voltada apenas para os homens, apesar de em muitos contextos se apresentar assim (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009; OUDSHOORN, 2003; ROHDEN, 2001, 2002; SOCOLOW, 2019; STOLCKE, 1993).

Essa configuração de especialidades biomédicas reflete e materializa a noção do corpo masculino como o padrão universal e do feminino como “o outro” (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). A criação da ginecologia como especialidade médica está relacionada à já citada concepção de que as mulheres estariam mais próximas dos animais e da natureza em geral. Com

---

<sup>53</sup> Devido ao seu objeto, tal disciplina esbarrou em muitos entraves de ordem moral e precisou lançar mão de diversas estratégias para a sua legitimação (ROHDEN, 2001).

<sup>54</sup> Obviamente havia – e há – perspectivas distintas no campo da biomedicina, aqui está sendo destacada uma perspectiva que se tornou hegemônica.

a instituição do dimorfismo sexual, a literatura e a prática científica realizaram uma naturalização radical da condição feminina, reduzindo a existência das mulheres a um órgão específico, como se tal órgão governasse a vida delas. Até meados do século XIX, o útero era esse órgão concebido como a sede da feminilidade, mas, a partir de então, os ovários<sup>55</sup> passaram a ocupar tal lugar (OUDSHOORN, 1994; ROHDEN, 2001).

A mudança da sede da feminilidade do útero para os ovários contribuiu para o desenvolvimento da ginecologia, que passou a focar nos últimos, diferenciando-se da obstetrícia e do seu foco no útero. Os ovários passaram a ser compreendidos por essa especialidade como os órgãos da crise<sup>56</sup> e a sua extração passou a ser realizada como tratamento de diversas condições, mesmo sendo então um procedimento com alta taxa de mortalidade e voltado para remediar condições que não ofereciam risco de vida às pacientes<sup>57</sup> (OUDSHOORN, 1994; PLOEG, 1998).

E enquanto os tratamentos empregados por neurologistas, alienistas e outros médicos (como dietas, drogas, banhos e tratamentos morais) não curavam ninfomania, histeria ou outras doenças femininas, os ginecologistas propunham uma cura radical e definitiva. A cirurgia ginecológica surgia como o meio mais garantido de tratamento e, embora fosse o centro de muitas controvérsias, ajudou a consolidar o status profissional da nova especialidade. Orientava os métodos dos ginecologistas a hipótese de que as mulheres eram dominadas por seus órgãos reprodutivos e de que todas as suas doenças em última instância tinham origem nessa parte do corpo. No caso de distúrbios mentais ligados à menstruação, se justificaria, por exemplo, a remoção dos ovários (ROHDEN, 2001, p. 42-43).

Essa maior proximidade do corpo feminino da natureza era encarada negativamente, como um fator que o vulnerabilizava. Nesse sentido, as mulheres eram concebidas e tratadas pela ginecologia como muito suscetíveis a perturbações e desordens, exigindo, portanto, cuidado constante. A necessidade de uma ciência da mulher, sem equivalente para o homem, relacionava-se à noção de uma natureza feminina potencialmente patológica:

A ginecologia se constituía com base na relação intrínseca entre a patologia e a natureza feminina. Em contraposição, embora existissem as doenças caracteristicamente masculinas, como as desordens na próstata e nos testículos, a patologia do sistema sexual não determinava a natureza do homem. Isso explicaria por que a andrologia, ou mesmo a urologia, como especialidades do aparelho sexual masculino, não tiveram grande êxito na época (ROHDEN, 2001, p. 56).

---

<sup>55</sup> Em relação aos corpos masculinos, desde a Antiguidade, existia a associação entre os testículos e a masculinidade. A diferença, porém, está no fato de que, mesmo quando essa associação foi apropriada pela biomedicina, os homens não foram tratados como se fossem guiados por suas gônadas.

<sup>56</sup> No corpo dos homens não havia um equivalente, isto é, nenhum órgão foi caracterizado como órgão da crise. Os testículos foram concebidos como sede da masculinidade, mas não foram patologizados como os ovários.

<sup>57</sup> A extração de testículos saudáveis nunca alcançou a difusão, nem a aceitabilidade alcançada pela ovariectomia, sendo realizada principalmente em casos de câncer de próstata e em homens considerados criminosos (PLOEG, 1998).

Desta forma, a ginecologia institucionalizou a concepção de “mulher” como uma categoria ontologicamente distinta do “homem”, bem como o corpo feminino como o corpo reprodutivo e naturalmente patológico – noções forjadas e já muito disseminadas no contexto da agenda científica de diferenciação entre os sexos (ROHDEN, 2001, 2002).

A existência dessa especialidade voltada para as mulheres, sem equivalência para corpos masculinos, contribuiu significativamente para a transformação mais radical do corpo delas em um corpo hormonal no começo do século XX, o que não aconteceu com os homens e foi fundamental para a produção das tecnologias contraceptivas hormonais (OUDSHOORN, 1994; ROHDEN, 2008; SOCOLOW, 2019).

### 3.4 A mulher hormonal

Os hormônios são substâncias essenciais no contexto das sociedades medicalizadas. São apontados como explicação central para diversos fenômenos do organismo e para comportamentos, são considerados causa de inúmeros males, da mente e do corpo e, conseqüentemente, configurados como solução para tais males a partir da sua produção como medicamentos. Além disso, circulam como grandes agentes e promessas em termos de aperfeiçoamento de capacidades físicas, cognitivas e mentais, levando os indivíduos a uma condição “melhor do que bem”<sup>58</sup>.

Segundo Nelly Oudshoorn (1994), a concepção do modelo hormonal foi extremamente bem-sucedida. Preciado (2013) fala na emergência de um sujeito hormonal, eletroquímico, midiático e ultra-conectado. Rohden (2008), por sua vez, afirma que vivemos o império dos hormônios já que a noção de um corpo hormonal prevalece em relação a outras percepções biomédicas contemporâneas sobre o corpo:

A ideia de que os hormônios determinam tudo, até mesmo nossa inteligência e nosso comportamento frente ao sexo oposto, parece ganhar cada vez mais adeptos. Fala-se também em inteligência hormonal. Assistimos ao império de um “corpo hormonal” que parece sobrepor-se a qualquer outra concepção biomédica corrente, pelo menos se considerarmos o sucesso de sua aceitação entre um público cada vez mais amplo (p. 134).

Se, nos dias de hoje, como aponta Nelly Oudshoorn (1994), os hormônios estão por toda parte, não foi sempre assim. Foi no começo do século passado que o conceito de hormônio foi

---

<sup>58</sup> Tradução livre da expressão em língua inglesa “better than wel”, utilizada por Peter Kramer em alusão à finalidade do uso de drogas como o Prozac, as quais o autor classifica como psicofarmacologia cosmética.

cunhado. Aqui, apenas os chamados hormônios sexuais serão enfocados devido ao seu papel na produção dos contraceptivos modernos.

No começo do século XX, os hormônios sexuais foram concebidos como os principais marcadores biológicos das diferenças entre homens e mulheres, substituindo a concepção de que eram os órgãos reprodutivos, como útero, ovários e testículos, que determinavam a feminilidade e a masculinidade. Tal proposição representou uma mudança na compreensão do sexo, que deixou de ser uma entidade anatômica e passou a ser compreendido em termos químicos (OUDSHOORN, 1994).

A teoria hormonal alçada ao posto de explicação para a diferenciação sexual teve mais consequências para a vida das mulheres do que dos homens, seguindo o processo de maior intervenção biomédica sobre os corpos femininos. Elas já eram objeto da ginecologia quando o conceito de hormônios sexuais foi criado. Assim, o maior interesse, conhecimento e intervenção sobre a fisiologia sexual e reprodutiva feminina em relação à masculina, o maior acesso a pacientes mulheres e às substâncias produzidas por seus corpos foram facilidades que, juntamente com as abordagens distintas sobre a sexualidade masculina e a sexualidade feminina, levaram à transformação mais radical do corpo delas em um corpo hormonal que poderia ser tratado através de fármacos hormonais (ROHDEN, 2008).

Os ginecologistas tiveram um papel central no estudo e na produção dos hormônios sexuais. Eles foram pioneiros no reconhecimento da existência de secreções provenientes dos ovários que regulariam o corpo feminino. Devido à ampla prática ginecológica de remoção cirúrgica dos ovários, no final do século XIX, tais especialistas já estavam acostumados com as mudanças que a ausência das gônadas gerava nos corpos das mulheres. Em 1896 e 1900, dois ginecologistas de Viena descreveram a secreção pelos ovários de substâncias químicas. Desta forma, os profissionais dessa especialidade foram os primeiros a reconhecer a relevância da teoria das secreções internas das gônadas proposta pelo médico francês Brown-Séguard, que encontrou resistência da medicina oficial de então (OUDSHOORN, 1994).

Diferentemente da noção bastante antiga e difundida de que as próprias gônadas seriam responsáveis pelos efeitos masculinizantes e feminilizantes, Brown-Séguard é considerado o primeiro a propor no campo da medicina, em 1889, que eram as secreções excretadas por elas as responsáveis por tais efeitos. Para provar sua teoria, esse médico, então com 72 anos, aplicou em si mesmo extratos de testículo animal – de cachorro e de porquinho da índia – relatando reações associadas ao rejuvenescimento físico e sexual. Apesar do uso de testículos de animais

em remédios ser uma prática muito antiga<sup>59</sup>, no século XVIII, tais extratos testiculares foram abandonados pela biomedicina no contexto da sua busca por se legitimar como ciência e se diferenciar das chamadas crendices populares. A terapia testicular continuou bastante difundida, mas foi associada ao charlatanismo e, nesse contexto, as proposições de Brown-Séquard foram marginalizadas pela biomedicina (HOBBERMAN, 2005; OUDSHOORN, 1994; PRECIADO, 2018):

Num momento em que a medicina lutava para superar os tônicos e elixires milagrosos e multivalentes dos charlatães, contrapostos a um criterioso método científico e remédios cada vez mais específicos, Brown-Séquard apresenta uma proposição teórica inovadora, à qual a comunidade científica ainda resistia, mas a comprova através de uma técnica característica do paradigma que ela própria renega. E, ainda por cima, muito parecida com os remédios comercializados pelo charlatanismo (TRAMONTANO, 2017, p.84).

A partir do conhecimento que se possui na atualidade sobre hormônios, é possível afirmar que os resultados descritos por Brown-Séquard como propriedades dos extratos de gônadas animais eram, na verdade, fruto do que é concebido como efeito placebo. Tais extratos por ele utilizados não são capazes de gerar os efeitos descritos. Porém, ele teve o mérito de intuir corretamente sobre a existência e sobre certas funções do que posteriormente foi nomeado hormônios sexuais (OUDSHOORN, 1994).

O descrédito das proposições de Brown-Séquard pela comunidade médica se relaciona a diversos aspectos da configuração da ciência e da biomedicina da época. Além da associação da sua terapêutica a práticas de charlatões, aqui cabe também destacar as ressalvas morais dos médicos de então a um extrato testicular associado à capacidade de restauração da função sexual de homens mais velhos em um contexto em que muitos aspectos da sexualidade e da reprodução humana eram considerados tabus para a biomedicina (HOBBERMAN, 2005; TRAMONTANO, 2017).

Os ginecologistas, por conta do seu interesse e conhecimento sobre os ovários, foram, como citado, pioneiros na aceitação da teoria das secreções internas de Brown-Séquard. Até então, o papel dos ovários nos corpos das mulheres era descrito em termos da sua regulação pelo sistema nervoso, sendo os distúrbios e doenças associados a esses órgãos considerados de ordem nervosa e, portanto, encarados como problemas relacionados a outras especialidades médicas. A nova concepção do papel dos ovários em termos de substâncias químicas, substituindo a concepção da regulação nervosa, atraiu ginecologistas, pois permitia que eles

---

<sup>59</sup> Como citado, a noção de que os testículos são a sede da masculinidade é muito antiga. Com base nessa associação, já na Antiguidade, ocorria o uso de testículos de animais em remédios voltados para a estimulação sexual, a força e a bravura. Tal uso reapareceu na Europa no século XVII, sendo incorporado pela medicina de então.

aumentassem o seu controle sobre os distúrbios femininos e trazia a promessa de novas terapias para suas pacientes (OUDSHOORN, 1994).

Em comparação aos ginecologistas, os fisiologistas tardaram no reconhecimento da teoria das secreções internas produzidas pelas gônadas, principalmente por causa da sua associação com a reprodução e a sexualidade humana. Os experimentos de Brown-Séguard e suas alegações terapêuticas em relação à atividade sexual masculina geraram polêmica e rejeição, portanto os fisiologistas que se voltaram ao estudo de preparações de ovários e testículos, a princípio, tiveram cautela ao dissociar suas pesquisas de possíveis atuações terapêuticas (OUDSHOORN, 1994).

Enquanto a clínica ginecológica forneceu, nas palavras de Oudshoorn (1994, p.108, tradução minha<sup>60</sup>), “(...) as estruturas institucionais necessárias nas quais os hormônios sexuais femininos pudessem florescer”, não havia uma instituição correlata para os hormônios sexuais masculinos. Ginecologistas, questionando a qualidade dos preparados ovarianos disponíveis no começo do século passado para suas pacientes, duvidando até mesmo da presença de substância ovariana ativa neles, desenvolveram testes clínicos para determinar a presença de hormônios sexuais femininos nesses produtos e foram atores importantes no debate sobre qual teste seria o melhor para a detecção dessas substâncias. Em contrapartida, não havia uma preocupação equivalente por parte de nenhum especialista da biomedicina com os preparados hormonais voltados para os homens, remédios que eram então marginalizados e classificados como não científicos. Assim, houve menos disputa na definição sobre qual teste deveria ser estabelecido para a detecção de hormônios sexuais masculinos. Ou seja, havia uma especialidade clínica investindo na pesquisa sobre hormônios femininos e na sua transformação em medicamentos cientificamente testados. Os ginecologistas já tinham uma clientela definida e a infraestrutura para a realização de ensaios clínicos, o que facilitou a sua aliança com empresas farmacêuticas para desenvolver fármacos hormonais, o que será melhor explorado na próxima seção (OUDSHOORN, 1994; SOCOLOW, 2019).

Os hormônios passaram a explicar e a justificar as diferenças entre homens e mulheres, sendo considerados os “mensageiros químicos” da masculinidade e da feminilidade. A teoria hormonal materializou a assimetria de sexo/gênero que foi a base para a sua formulação. Em outras palavras, a teoria hormonal foi forjada a partir de pressupostos de gênero então prevalentes e passou a legitimá-los cientificamente. Os chamados hormônios sexuais foram criados com base em uma concepção de que homens e mulheres são radicalmente distintos e a

---

<sup>60</sup> No original: “(...) the required institutional structures in which female sex hormones could flourish”.

teoria hormonal manteve a ênfase nessa diferenciação inclusive diante de evidências em direção a semelhanças entre eles (OUDSHOORN, 1994).

De 1905 até 1920, prevaleceu o entendimento de que havia hormônios sexuais exclusivos de cada sexo/gênero. Concebia-se que os hormônios produzidos pelos ovários só seriam encontrados nos corpos das mulheres, enquanto aqueles produzidos pelos testículos só seriam encontrados nos corpos dos homens, sendo responsáveis por características e comportamentos atribuídos, respectivamente, à feminilidade e à masculinidade. Encarados como tendo um papel único na determinação e diferenciação sexual, tais substâncias ficaram conhecidos como hormônios sexuais femininos e masculinos (OUDSHOORN, 1994; ROHDEN, 2008).

No entanto, na década de 1920, pesquisas demonstraram que os hormônios assim classificados se encontravam presentes tanto nos corpos de homens como nos de mulheres. Apesar do reconhecimento de que os hormônios sexuais não eram exclusivos de um determinado sexo/gênero, não houve grandes mudanças em relação à concepção da existência de hormônios sexuais femininos e hormônios sexuais masculinos. “O que prevalece até os dias de hoje é a noção comum que, se não reafirma a existência de hormônios específicos, postula uma relação íntima entre determinados tipos de hormônios e determinados tipos de corpos” (p. 147). A diferença quantitativa entre esses hormônios nos corpos de homens e mulheres passou a ser enfatizada a partir da retificação da noção de que os ditos hormônios sexuais eram exclusivos de um sexo/gênero. Desta forma, como a testosterona encontra-se em maior quantidade nos corpos de homens, ela segue sendo concebida como o hormônio masculino, tal como a progesterona e o estrogênio, por sua vez, são concebidos como hormônios femininos por se encontrarem em maior quantidade nos corpos de mulheres (ROHDEN, 2008).

A noção de hormônios sexuais femininos e masculinos prevalece, tanto no campo da biomedicina como entre leigos. Portanto, é possível compreender que “mexer” com os hormônios sexuais é encarado como “mexer” com o sexo/gênero dos indivíduos. A importância dos hormônios para a estabilização das diferenças entre homens e mulheres fica explícita nessa manutenção da noção da existência de hormônios sexuais femininos e hormônios masculinos. Assim, a relevância dessas substâncias para a materialização das diferenças entre homens e mulheres não pode ser ignorada nos argumentos sobre a dificuldade de usá-las para a contracepção nos corpos masculinos, que será exposta no próximo capítulo. A testosterona se configurou como um símbolo da masculinidade, ela personifica características físicas e comportamentais associadas a modelos dominantes de masculinidade e é concebida como causa de tais características e comportamentos ligados a concepções de gênero.

No fim das contas, a teoria hormonal traz a ideia de que os hormônios sexuais são “simulacros” ou “essências” de gênero, de alguma forma contendo em si a mensagem que será inscrita no corpo, modelando-o num corpo masculino ou feminino. Essa modelagem daria conta não apenas da questão anatômica, mas também dos comportamentos e até dos “gostos” de homens e mulheres (TRAMONTANO, 2017, p. 168).

### 3.5 Gênero e fármacos hormonais

Como adiantado na seção anterior, a materialização dos hormônios sexuais nos laboratórios também foi marcada por discrepâncias relacionadas à maior intervenção da biomedicina sobre o corpo feminino e à existência da ginecologia como especialidade voltada para mulheres em geral e não necessariamente para mulheres doentes. Em um primeiro momento, toneladas de ovários e testículos eram necessárias para a criação nos laboratórios do que era concebido como hormônios sexuais. Enquanto o acesso à matéria-prima dos hormônios sexuais femininos era relativamente fácil, uma vez que os ginecologistas possuíam ovários humanos provenientes das cirurgias que realizavam, o mesmo não acontecia no caso dos hormônios masculinos. O acesso a testículos saudáveis ou afetados era limitado e não existia uma instituição ou especialistas específicos a quem recorrer para a sua aquisição. A partir do reconhecimento de hormônios chamados femininos na urina de mulheres grávidas em 1929, a urina humana passou a ser pesquisada como fonte de hormônios sexuais. Apesar de que a urina tenha de fato sido comprovada como fonte também de hormônios chamados masculinos, a dificuldade de acesso à matéria-prima para a produção deles se manteve porque não existia nenhuma instituição própria para a coleta desse material. Ao passo que a clínica ginecológica mais uma vez servia como instituição para a coleta de urina de mulheres, não havia uma especialidade voltada para homens saudáveis e a urina de homens doentes não era ideal. Essa limitação nas pesquisas com hormônios sexuais masculinos devido à falta de material orgânico disponível só cessou quando foi possível produzi-los sinteticamente, o que ocorreu em 1936 (OUDSHOORN, 1994; PRECIADO, 2018).

Os fármacos produzidos a partir da síntese dos hormônios sexuais também refletem e materializam a assimetria que configurou a mulher como o corpo hormonal por excelência. O estrogênio e a progesterona, chamados hormônios sexuais femininos, tiveram, desde a sua disponibilização, uma carreira de sucesso, mesmo que marcada por controvérsias. Eles foram amplamente utilizados por mulheres ao redor do mundo, sendo usados para distúrbios menstruais ou da menopausa, para a fertilidade e, posteriormente, como contraceptivos e

abortíferos. Essas substâncias se encontram entre as drogas mais consumidas da história da biomedicina (PRECIADO, 2018).

O mesmo sucesso não ocorreu com a testosterona. Diferentemente da carreira do estrogênio e da progesterona, ela não se transformou em uma droga de comercialização em massa logo após a sua disponibilização devido ao conservadorismo sexual de então e à relativa ausência de instituições biomédica voltadas para o tratamento dos homens como sujeitos generificados:

Essas diferenças nos contextos institucionais tiveram consequências de longo alcance para as mulheres. Nas décadas de 1920 e 1930, o corpo feminino tornou-se o principal objeto da terapia hormonal. Os hormônios sexuais femininos passaram a ser aplicados como medicamentos universais para uma ampla gama de doenças nas mulheres. Dessa forma, os endocrinologistas sexuais construíram a imagem da mulher hormonal: era o corpo feminino que se tornava cada vez mais submetido ao tratamento hormonal. Em comparação com as mulheres, a introdução de hormônios sexuais teve consequências bastante menores para os homens (OUDSHOORN, 1994, p. 109, tradução minha<sup>61</sup>).

Apesar da existência de um mercado potencial para a testosterona como fármaco, ela não foi inserida em nenhuma rede sociotécnica estabilizada no âmbito da biomedicina nem foi reivindicada por nenhum grupo organizado de usuários. O fantasma de Brown-Séquard e sua associação ao charlatanismo perseguiram essa substância na sua transformação em tecnologia biomédica (OUDSHOORN, 1994). Hoberman (2005) indica que a testosterona sintética possui uma trajetória extensa e controversa na clínica médica, destacando que a sua configuração como afrodisíaco gerou, simultaneamente, muito entusiasmo e receio nas primeiras décadas após o seu lançamento:

A crença de que a testosterona era uma droga sexualmente estimulante a tornava uma ameaça potencial à moralidade sexual, bem como uma terapia promissora. A cobertura sensacionalista deu ao hormônio masculino uma imagem quase pornográfica que sua contraparte feminina nunca havia adquirido. Comentando a reputação desagradável da testosterona em 1946, a *Science Digest* relatou que “os desinformados continuam a acreditar que o simples uso desse produto químico inocente é capaz de transformar fracos sexuais em lobos e octogenários em atletas sexuais”. (HOBERTMAN, 2005, p. 8-9, tradução minha<sup>62</sup>).

---

<sup>61</sup> No original: “These differences in institutional contexts had far-reaching consequences for women. In the 1920s and 1930s, the female body became the major object for hormone therapy. Female sex hormones became applied as universal drugs for a wide array of diseases in women. In this manner, sex endocrinologists constructed the image of the hormonal woman: it was the female body that became increasingly subjected to hormonal treatment. Compared to women, the introduction of sex hormones had rather minor consequences for men”.

<sup>62</sup> No original: “The belief that testosterone was a sexually stimulating drug made it a potential threat to sexual morality as well as a promising therapy. Sensational coverage had given the male hormone a quasi-pornographic image that its female counterpart had never acquired. Commenting on testosterone’s unsavory reputation in 1946, *Science Digest* reported that “the uninformed continue to believe that the sole use of this innocent chemical is to turn sexual weaklings into wolves, and octogenarians into sexual athletes”.

A testosterona passou por uma reabilitação no século XXI, que será exposta na próxima seção. Aqui, porém, interessa ressaltar o lugar ocupado por ela, pelo estrogênio e pela progesterona como fármacos na biomedicina em meados do século passado, no contexto da produção dos primeiros contraceptivos modernos. Enquanto os chamados hormônios sexuais femininos já eram amplamente utilizados em mulheres, principalmente na clínica ginecológica, o uso da testosterona como tecnologia biomédica legítima ainda era restrito<sup>63</sup> (HOBERTMAN, 2005; OUDSHOORN, 1994).

Antes da revolução contraceptiva, já existia uma rede sociotécnica em torno do uso biomédico dos chamados hormônios sexuais femininos em terapias para as mulheres que facilitou a produção de contraceptivos hormonais para elas. Inclusive, como já exposto no capítulo 2, um dos primeiros estudos clínicos da pílula anticoncepcional foi realizado na clínica do ginecologista e obstetra John Rock no contexto dos seus testes com pacientes inférteis visando à recuperação da fertilidade. Rock acreditava em um efeito rebote, que consistiria na recuperação da fertilidade após a inibição da ovulação por um determinado período, assim, o teste que ele realizaria em suas pacientes buscando o tratamento para a infertilidade foi usado também para analisar o efeito contraceptivo do hormônio escolhido.

Por todo o exposto, há uma relação entre a configuração do corpo feminino como o corpo hormonal por excelência e a produção dos contraceptivos modernos voltados para as mulheres a partir de um paradigma hormonal. No entanto, cabe ressaltar que, assim como a testosterona encontrou entraves socioculturais para a sua legitimação como tecnologia biomédica, a transformação dos hormônios em contraceptivos também foi retardada por questões morais. Desde 1921, a possibilidade do uso de hormônios para a prevenção de gravidezes já havia sido relada, porém demorou três décadas para que as pesquisas sobre esse tema comesçassem de fato a ser desenvolvidas por conta de tabus e proibições envolvendo a prática contraceptiva (OUDSHOORN, 1994).

O objetivo aqui foi ressaltar como as mulheres foram historicamente mais acessadas pelo saber e pela prática biomédica do que os homens<sup>64</sup>. Porém, não se trata de afirmar que eles ficaram imunes ao poder médico, mas sim de apontar a desigualdade que permeia a

---

<sup>63</sup> Assim como os extratos de testículos, a testosterona como remédio era bastante difundida a partir de um uso ilegal ou apenas fora da alçada biomédica.

<sup>64</sup> O processo de maior acesso da biomedicina às mulheres em relação aos homens é complexo e envolve diversos atores e discursos, não se restringindo a uma prática deliberada somente de médicos e homens que vitimizaria mulheres. Essas, como profissionais e pacientes, participaram desse processo. É necessário ressaltar a política de gênero que é simultaneamente causa e consequência desse processo e o fato de tal política ser, em certo sentido, compartilhada tanto por homens como por mulheres (Rohden, 2001).

transformação de mulheres e homens em objetos da biomedicina. A seguir, aspectos gerais da relação da biomedicina na transformação dos homens em pacientes serão apontados para destacar essa desigualdade.

### **3.6 A mulher patológica e o homem desviante**

A patologização da mulher pela ciência em geral e pela biomedicina, mais especificamente, ocorreu em conjunto com a normatização do corpo do homem, no sentido de que ele é considerado a norma, o padrão, em relação ao qual os outros corpos são medidos. Sabemos que esse homem, tido como universal e transformado em norma, é, na prática, um homem bem específico, o homem branco, do Norte global de classe média ou alta. Demonstram essa concepção do homem como norma, o fato de que, historicamente, nos livros de anatomia humana, prevaleçam ilustrações de corpos masculinos, assim como o fato de que, recorrentemente, evidências científicas a partir de amostras exclusivamente compostas por homens sejam extrapoladas para as mulheres (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009; PLOEG, 1998; RISKÁ, 2002; ROBERTSON; SHAND, 2020).

Assim, enquanto as mulheres foram acessadas e patologizadas pela biomedicina prioritariamente pelo que têm de particular na sua função reprodutiva e sexual, o mesmo não aconteceu com os homens, pois suas particularidades em relação a elas não foram escrutinadas como tal. Eles foram acessados, tratados e investigados pela biomedicina, do século XVIII até finais do século XX, prioritariamente como representantes da espécie humana, como o padrão, tendo o seu gênero, muitas vezes, invisibilizado<sup>65</sup> (RISKÁ, 2002; ROBERTSON; SHAND, 2020).

Assim, em relação aos homens, as mulheres foram historicamente mais acessadas pelo saber e pela prática biomédica e essa diferença é indissociável do caráter de controle social da biomedicina e das relações de poder nas sociedades medicalizadas, mais especificamente, das relações de gênero. Para o homem, o fato de ser atingido e pensado pela biomedicina, ou outros saberes, como um corpo particular, generificado, significa, em certo sentido, perder a sua prerrogativa de representante universal da espécie associada à sua posição privilegiada nas

---

<sup>65</sup> Mais uma vez, é necessário ressaltar que aqui estou focando no homem que foi concebido como a norma. Homens não brancos, não heterossexuais, não pertencentes às camadas altas e médias, entre outros, foram medicalizados a partir da interseção do seu pertencimento de gênero com outros marcadores sociais da diferença.

relações de gênero (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). No entanto, como já expressei, isso não significa que os homens foram poupados do poder médico, tampouco que questões associadas à sua condição de gênero fossem ignoradas pela biomedicina, trata-se de mostrar a diferença de tratamento dado historicamente a homens e a mulheres. Enquanto elas se tornaram foco de estudo e intervenção principalmente por fenômenos fisiológicos relacionados à reprodução e à função sexual, tal como a menstruação, a menopausa, a gravidez e o parto, eles, a princípio, viraram foco principalmente por questões relacionadas a práticas tidas como desviantes e relacionadas ao estilo de vida (ROSENFELD; FAIRCLOTH, 2006).

Rohden (2012a) afirma que a sexualidade se configurou como um dos alvos principais para a transformação dos homens em pacientes, ressaltando, porém, a diferença entre as questões sexuais levadas em consideração no tratamento biomédico dispensado a eles, até o final do século XX, e aquelas levadas em consideração no tratamento dispensado às mulheres:

A ciência dos problemas sexuais masculinos está relacionada com a doença que vem de fora ou que é decorrente do excesso sexual. Em ambos os casos, ela sinaliza uma anormalidade. É porque está doente, fora do normal, que o homem e seus órgãos sexuais precisam ser tratados. No caso da mulher e da ginecologia, estuda-se e trata-se a normalidade feminina, que é, por natureza, potencialmente patológica (p. 52).

Nesse sentido, a partir dos processos de medicalização da homossexualidade masculina e da AIDS, Rosenfeld e Faircloth (2006) afirmam que não era o sexo biológico dos homens o foco da biomedicina, mas sim suas práticas, desejos e identidades. No contexto nacional, Carrara, Russo e Faro (2009) argumentam que, no começo do século XX, muitas campanhas contra ISTs e contra o alcoolismo, focavam no público masculino, apesar de não se declararem como campanhas voltadas apenas para homens. Esses autores também apontam que o surgimento da andrologia no país, como disciplina especializada nos problemas sexuais masculinos, esteve relacionado ao combate a essas infecções. Portanto, diferentemente do que ocorria na ginecologia, os riscos e problemas de saúde focados pela andrologia, em sua instauração no país, não eram inerentes aos corpos masculinos, mas sim resultado de relações sexuais sem proteção – doenças que vêm de fora, nas palavras de Rohden (2001).

Riska (2000, 2002) descreve como, nos anos 1950, nos EUA, doenças cardíacas coronárias e o stress passaram a ser associados ao estilo de vida de homens brancos das camadas médias, sendo inclusive chamadas de doenças dos executivos. Essa autora argumenta que houve então uma medicalização de comportamentos e sentimentos forjados por modelos dominantes de masculinidade em voga nesse período. Na mesma direção desse processo descrito por Riska, diversos estudos epidemiológicos, bem como estudos de masculinidades, a nível mundial, passaram a apontar, em meados do século passado, comportamentos e sentimentos associados

à masculinidade como causa de problemas de saúde para os homens. Assim, a própria masculinidade passou a ser identificada como necessário foco de intervenção biomédica:

O argumento central é que a masculinidade tradicional – composta pela diferença sexual em relação à mulher, superioridade (e poder superior sobre os outros), independência, agressividade, competição e força física – leva os homens a (1) se envolverem em comportamentos de risco, como beber em excesso, dirigir de forma rápida e arriscada, fazer esforços físicos arriscados, e violência, todos eles, comportamentos que supostamente são responsáveis por mais mortes acidentais ou por homicídio, (2) suprimir suas emoções para agir de forma excessivamente ambiciosa na busca do poder (o que, na lógica epidemiológica sem imaginação adotada por esse tipo de trabalho, leva a doenças cardíacas coronárias) e (3) negar sua dor e seu significado, o que leva a não procura de tratamento médico (ROSENFELD; FAIRCLOTH, 2006, p. 14, tradução minha<sup>66</sup>).

A partir desses exemplos, a respeito de focos de intervenção biomédica sobre os corpos masculinos, percebe-se que não houve uma patologização de tais corpos como houve em relação aos corpos femininos. Especialmente os comportamentos dos homens foram enfocados como geradores de patologias, não havia “órgão da crise”, nem fenômeno específico do corpo masculino patologizado. Contudo, nas últimas décadas do século XX e começo do século XXI, houve uma expansão do saber e da prática biomédica sobre o corpo dos homens para além do foco em comportamentos e sentimentos masculinos prejudiciais que geram problemas de saúde (AZIZE, 2011; CONRAD, 2007; ROHDEN, 2011, 2012):

O tempo da complacente vitimização feminina está prestes a acabar; estamos entrando em uma época em que o controle tecnomolecular do sexo, do gênero e da sexualidade se estenderá a tudo e a todos. O século XXI será o século da produção e do controle farmacopornográfico da masculinidade. O Viagra e a testosterona são as moedas dessa nova produção molecular (PRECIADO, 2018, p.182<sup>67</sup>).

### 3.7 A medicalização do corpo masculino no século XXI

---

<sup>66</sup> No original: “The central argument is that traditional masculinity – comprised of sexual difference from women, superiority (and superior power over others), independence, aggressiveness, competition, and physical strength – leads men to (1) engage in risk-taking behavior such as excessive drinking, fast and risky driving, risky physical endeavors, and violence, all of which allegedly account for higher accidental or homicidal deaths, (2) suppress their emotions to action overambitiously in the pursuit of power (which, in the unimaginative epidemiological logic embraced by this strain of work, leads to coronary heart disease (CHD)), and (3) deny their pain and its significance, which leads to a failure to seek medical treatment.”.

<sup>67</sup> Preciado defende que um regime farmacopornográfico passou a coexistir em meados do século XX com o regime disciplinar proposto por Foucault. Este último regime se vale de tecnologias que controlam o corpo através do exterior, já o primeiro, é marcado por tecnologias que se tornam parte do corpo: “Enquanto o regime disciplinar do século XIX considerou o sexo natural, definitivo, imutável e transcendental, o gênero farmacopornográfico parece ser sintético, maleável, variável, aberto à transformação e imitável, assim como possível de ser tecnicamente produzido e reproduzido.” (PRECIADO, 2018, p. 216).

Diversos autores apontaram mudanças na atuação da biomedicina sobre corpos masculinos nas últimas décadas do século XX e, principalmente, no começo do século XXI (AZIZE, 2011; CONRAD, 2007; PRECIADO, 2018; ROHDEN, 2011, 2012; ROSENFELD; FAIRCLOTH, 2006; RUSSO, 2013). Conrad (2007), através da análise de intervenções biomédicas sobre a calvície, a disfunção erétil e o distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (DAEM), popularmente conhecido como andropausa, descreve o processo, desencadeado no final do século XX, de medicalização de corpos masculinos com ênfase no envelhecimento, caracterizando-o como um processo de extensão, no sentido de que uma medicalização do envelhecimento, que focava prioritariamente nas mulheres, passou a englobar os homens.

Apesar de Conrad (2007) ter focado essa extensão da medicalização em relação ao envelhecimento masculino, compreendo que tal fenômeno deve ser considerado como mais abrangente, atingindo homens de diversas faixas etárias. No caso da disfunção erétil, ele próprio argumenta que há uma tendência a estender tal diagnóstico e seus tratamentos para homens mais jovens; quanto à calvície, também afirma que, em muitos casos, o tratamento é indicado para ser iniciado já nos primeiros estágios da perda de cabelo, ou seja, em geral, quando os homens são ainda jovens. Nesse mesmo sentido, em artigo analisando o marketing da disfunção erétil e da andropausa, Azize (2011) aponta indícios de que a reposição hormonal, tratamento para a andropausa, pode seguir a mesma tendência do uso do Viagra e afins, isto é, ser prescrita para um número cada vez maior de usuários. Assim, é inegável o foco no envelhecimento masculino, mas ele foi acompanhado pela medicalização do corpo de homens jovens também.

Nesse processo de intensificação da medicalização do corpo masculino do final do século XX, a sexualidade seguiu sendo um dos alvos principais para a transformação dos homens em pacientes. Contudo, se antes o foco recaía no comportamento sexual masculino e sua associação com ISTs, “(...) uma nova onda de medicalização da sexualidade masculina passa a ser especialmente observada na promoção dos diagnósticos da disfunção erétil e da andropausa ou Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (DAEM).” (ROHDEN, 2102b, p. 2650). Antes, o alvo prioritário eram práticas sexuais tidas como prejudiciais ao homem, à sua família e à comunidade como um todo, agora, ele é fisiológico, pois as disfunções sexuais se tornaram o foco, com destaque para a disfunção erétil.

Os diagnósticos de disfunção erétil e DAEM e seus respectivos tratamentos são marcos da mudança na abordagem da sexualidade humana ocorrida no final do século XX, com a ascensão da Medicina Sexual. Russo (2013) defende que o tratamento dado à sexualidade humana pela sexologia pode ser dividido em três períodos distintos nos quais prevaleceram

perspectivas e terapêuticas diferentes. A Medicina Sexual é o que essa autora chama de terceira onda sexológica:

O processo de medicalização da sexualidade, cujo início pode ser datado de meados do século XIX, conheceu um longo desenvolvimento, com importantes transformações de foco, objeto e modo de intervenção. Passou-se de uma preocupação centrada nas sexualidades periféricas ao casal heterossexual (as chamadas “perversões”) – típica da primeira sexologia – para um foco no sexo marital, que vai caracterizar a sexologia do pós-guerra. Assistimos atualmente a um terceiro deslocamento marcado pelo surgimento e a consolidação da Medicina Sexual. Esse novo patamar da medicalização da sexualidade envolve uma mudança de objeto, na medida em que é em torno da sexualidade masculina e suas “disfunções” que a nova especialidade emerge. Outra importante transformação diz respeito ao modo de intervenção privilegiado pelos novos especialistas: as disfunções masculinas (e, por extensão, também as femininas) devem ser tratadas preferencialmente através de fármaco (RUSSO, 2013, p. 174).

A sexologia do pós-guerra, entendida como segunda onda sexológica, adotou uma abordagem psicogênica e relacional, produzindo uma “psico-medicalização” da sexualidade, principalmente de mulheres e casais heterossexuais, através da atuação de psicólogos, sexólogos e ginecologistas. No final do século passado, ela foi substituída pela Medicina Sexual, uma abordagem organicista, centrada na genitália, dissociada da esfera do psicológico e promotora da farmacologização da sexualidade. Com essa mudança, noções genéricas de impotência e frigidez foram sendo substituídas pela noção de disfunção sexual (FARO et al, 2013; RUSSO, 2013).

Rohden (2012b) aponta que foi instituída uma nova abordagem de saúde sexual baseada no aprimoramento e no uso de fármacos que está associada a processos de medicalização contemporâneos e a uma nova cultura de responsabilização individual. Essa nova abordagem atinge tanto homens como mulheres, mas tem o seu foco nos primeiros. Da mesma forma que a abordagem psicogênica predominava para a compreensão da sexualidade tanto de homens como de mulheres, mas incidia mais sobre essas últimas, a abordagem fisiologista da Medicina Sexual passou a predominar, porém incide mais sobre os corpos masculinos. Nesse contexto, os urologistas passaram a ocupar papel de destaque nesse campo na atualidade (FARO et. al., 2013; RUSSO, 2013).

Desde os anos 1980, houve um crescimento de pesquisas sobre disfunções sexuais masculinas e seus tratamentos a partir de uma abordagem fisiologista que não contemplava o aspecto psicológico. Um marco desse processo de abandono da concepção psicogênica da impotência foi a apresentação realizada pelo médico fisiologista britânico Giles Brindley no Congresso Americano de Urologia em 1983. Nela, Brindley apresentou ao público o seu pênis ereto após uma injeção de fenoxibenzamina, reforçando a concepção de que a ereção seria um evento fisiológico, podendo ser restaurada através de intervenções nesse âmbito. Como, até

finais dos anos 1990, os tratamentos voltados para a disfunção erétil eram invasivos, sendo realizados através de injeções ou próteses penianas, o lançamento do Viagra em 1998, uma tecnologia não invasiva e de fácil administração, consolidou a concepção da ereção como um fenômeno fisiológico dissociado de aspectos psicossociais (FARO et al, 2013; RUSSO, 2013).

O sucesso e a difusão do Viagra e medicamentos semelhantes materializam a concepção da sexualidade masculina focada no pênis e consolidaram a disfunção erétil como diagnóstico. Esta condição passou a ser o foco principal da abordagem biomédica sobre a sexualidade masculina. Nesse sentido, Rohden (2012b) aponta:

Nota-se que além de um esvaziamento da noção de saúde sexual, ocorre também sua redução, no caso masculino, à disfunção erétil, corroborando a própria ideia de sexualidade masculina como restrita à ereção, quase exclusivamente pensada, nesse contexto, em marcos heterossexistas. Dessa forma, são ignoradas quaisquer outras formas de percepção em relação à sexualidade masculina (p. 2650).

A sexualidade feminina, por sua vez, não foi tratada pela Medicina Sexual com o mesmo foco na genitália ou reduzida a uma disfunção sexual específica. Ela é concebida como mais complexa e mais difusa, abarcando todo o corpo da mulher (TRAMONTANO; RUSSO, 2015). Russo e colegas (2011) descrevem como essa perspectiva foi ilustrada em congressos de sexologia por meio de uma metáfora. Uma imagem de um painel de avião cheio de botões era mostrada para representar a complexidade da sexualidade feminina, enquanto uma imagem de um interruptor era mostrada para representar a simplicidade da sexualidade masculina. A complexidade da sexualidade feminina está associada também ao seu caráter relacional:

A mulher continua sendo vista como um ser eminentemente “relacional”. Sua sexualidade não existe como impulso autônomo, separado da conjugalidade (ou das relações). Desse modo é possível dizer que a “fiscalização” da sexualidade masculina corrobora a velha dualidade de gênero que aponta a mulher como esteio da conjugalidade e vetor dos afetos (ROHDEN; RUSSO, 2011, p. 728).

Prevalece uma oposição na concepção de sexualidade masculina e sexualidade feminina, pois enquanto a delas é concebida como mais condicionada pelo meio, no sentido de ser mais afetada por problemas relacionais e afetivos, a deles é concebida como imune, em certo sentido, à relação:

A sexualidade masculina é abordada por perspectiva predominantemente biomédica, centrada na fisiologia da ereção e na prescrição de medicamentos, enquanto a sexualidade feminina é apresentada como condicionada por problemas relacionais mais adequados à intervenção psicológica (ROHDEN; RUSSO, 2011, p. 722).

No âmbito da Medicina Sexual, ocorreram tentativas de extensão do modelo anatômico fisiológico e focado na genitália da sexualidade masculina para a sexualidade feminina. Inclusive, o próprio Viagra foi testado em mulheres. Porém, tais estudos fracassaram e o foco da intervenção biomédica sobre a sexualidade feminina recaiu sobre o desejo (ROHDEN, 2009). Enquanto o Viagra e drogas similares atuam na ereção com o objetivo de permitir a penetração e materializam a concepção da sexualidade masculina focada no pênis, o fármaco

flibanserin, divulgado como o “Viagra feminino” e liberado em 2015 pela FDA, atua no sistema nervoso central, materializando a ideia da sexualidade feminina como difusa. Desta forma, nos homens se medicaliza principalmente a ereção e, nas mulheres, é o desejo que é priorizado na medicalização (PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE 2019a).

Assim como os contraceptivos modernos fazem gênero ao definirem o corpo feminino como o local da contracepção, o Viagra e drogas afins para homens e o chamado Viagra feminino também fazem gênero ao materializarem, respectivamente, a sexualidade masculina como algo fisiológico, objetivo, independente das relações e dependente da ereção e a sexualidade feminina como difusa, associada às emoções, aos afetos e às relações.

Por todo o exposto, é inegável que os corpos dos homens estão sendo cada vez mais acessados e controlados pelo poder biomédico, porém não se pode ignorar que este processo de medicalização reitera e fortalece aspectos de modelos dominantes de masculinidade:

A concepção tradicional do homem centrada de um lado na noção de potência e, de outro, na sexualidade não-relacional, é reforçada. Ao mesmo tempo, porém, há a redefinição dessa concepção uma vez que a necessidade de um fármaco e a consequente dependência de um especialista para garantir a potência ideal acaba por “desempoderar” o homem, tradicionalmente refratário ao discurso e ao controle médico (ROHDEN; RUSSO, 2011, p. 728).

Os tratamentos de disfunção erétil, DAEM e calvície, analisados por Conrad (2007) para caracterizar a medicalização contemporânea dos corpos masculinos, refletem e materializam a concepção do homem como marcado pela força, potência, produtividade, sexualidade focada na ereção e valorização da juventude. Portanto, se, por um lado, a medicalização dos homens instaurada no final do século XX, está associada ao controle social exercido pelo discurso e prática biomédicos e a uma ameaça ao seu status como o padrão da espécie humana ao ressaltar seus corpos como generificados; por outro lado, tal processo de medicalização não rompeu com padrões de modelos dominantes de masculinidades que são indissociáveis da manutenção das relações de poder assimétricas entre homens e mulheres. Os homens foram, em certo sentido, “desempoderados” à medida que seus corpos foram medicalizados como corpos generificados, mas, ao mesmo tempo, essa medicalização “desempoderante” vai na direção da manutenção da desigualdade de poder entre homens e mulheres. Tal “desempoderamento” masculino não vai ao encontro de uma perspectiva de equidade de gênero (PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019a).

De fato, o Viagra e remédios semelhantes podem ser vistos como drogas voltadas para a melhoria ou a intensificação (enhancement) da masculinidade. É digno de nota que, em meio a uma intensa batalha política e moral pela redefinição das relações de gênero, batalha esta que girava justamente em torno do poder de definição e barganha do homem branco e heterossexual, vemos surgir um não menos intenso investimento (científico e financeiro) na restauração ou na melhoria da potência sexual masculina (RUSSO, 2013, p. 188).

A sexualidade, principalmente a heterossexualidade, é central em modelos dominantes de masculinidade, enquanto o trabalho reprodutivo é associado à feminilidade. A intensificação do processo de medicalização dos corpos masculinos, a partir do final do século passado, reforça a concepção dos homens como seres sexuais ao focar justamente a restauração ou o aprimoramento da ereção como questão central. Já em relação à função reprodutiva masculina, não houve um avanço comparável, sendo representativo disso a falta de inovação no campo da contraceção masculina, que será trabalhada no próximo capítulo, e o fato da infertilidade masculina ser relativamente menos estudada em relação à infertilidade feminina (DANIELS, 2006; PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019a; PLOEG, 1998). Nesse sentido, Nascimento (2011), a partir de pesquisa realizada em serviços de reprodução assistida no Brasil, afirma que para a definição de um diagnóstico, primeiramente, a mulher é examinada, sendo o homem analisado apenas em um segundo momento. A associação entre homens e sexo e mulheres e reprodução, como se essas fossem feitas para a maternidade e aqueles para o sexo, é materializada e atualizada por tais abordagens da biomedicina (OLIVEIRA et al, 2011). Portanto, é importante observar as diferenças do que é medicalizado nos corpos dos homens e do que é medicalizado nos corpos das mulheres.

Como citado, a abordagem do corpo masculino pela Medicina Sexual se tornou, ao menos em um primeiro momento, o modelo para intervenções farmacológicas na sexualidade das mulheres. Da mesma forma, a abordagem sobre a fertilidade feminina visando à contraceção através de um paradigma hormonal tornou-se o modelo para intervenções contraceptivas no corpo masculino, como será melhor explorado no próximo capítulo. Pode-se dizer que, quando transpostos para o outro gênero, tais modelos encontram resistência. Mesmo que sejam bastante difundidos, tanto o “modelo Viagra” para intervenções na sexualidade feminina, como o “modelo hormonal” para a contraceção nos corpos masculinos, recebem muitas críticas e são, muitas vezes, preteridos em relação a outras abordagens. A *Campaign for a New View of Women’s Sexual Problems*, liderada por Leonore Tiefe em oposição à farmacologização da sexualidade feminina é um exemplo dessa resistência (ROHDEN, 2009), assim como as críticas ao paradigma hormonal da contraceção masculina em prol de abordagens não hormonais realizadas por alguns atores do campo da contraceção masculina, como a ONG Male Contraception Initiative (PEREIRA, 2017, PEREIRA; AZIZE, 2019a, 2019b).

Tal rechaço ao uso de hormônios para a contraceção masculina contrasta com a extensão do corpo hormonal em direção aos corpos dos homens, com o crescente uso de hormônios sexuais como tecnologias biomédicas para tratamentos e aprimoramento. Em

relação ao DAEM, Rohden (2011) destaca que os homens passaram a ser incluídos na abordagem que associa hormônios, sexualidade, juventude e saúde a partir da construção desse diagnóstico médico. Apesar da diminuição da taxa de testosterona ser considerada uma condição normal no processo de envelhecimento, argumenta-se que essa diminuição pode ocorrer em alguns homens precocemente ou de maneira mais intensa, devendo ser medicada através do tratamento de reposição hormonal de testosterona. Desta forma, o uso de hormônios para tratamento da DAEM, mas também para aprimoramento biomédico – categorias cada vez mais difíceis de se delimitar – vem se expandindo no âmbito do aumento da medicalização dos corpos masculinos (HOBERTMAN, 2005). É importante questionar em que contextos e para quais finalidades o uso biomédico de hormônios é concebido como seguro e em quais contextos e para quais finalidades é concebido como inseguro.

É possível questionar se, em tempos de Viagra e de reposição hormonal para tratar a andropausa, a viabilização de uma pílula masculina seria mais fácil. Houve uma inegável expansão de intervenções biomédicas focadas nos corpos masculinos em relação à época das primeiras tentativas de desenvolvimento de uma pílula masculina que não pode ser ignorada. No entanto, mesmo com esse maior acesso biomédico aos corpos dos homens, os novos contraceptivos masculinos continuam sendo tecnologias improváveis por romperem com características de modelos dominantes de masculinidade: a associação da sexualidade à capacidade reprodutiva e a designação da contracepção como tarefa e responsabilidade feminina (OUDSHOORN, 2003). Os contraceptivos hormonais, por sua vez, talvez representem um desafio ainda maior por atuarem através da manipulação dos chamados hormônios sexuais masculinos. Como mencionado, “mexer” com os hormônios sexuais é encarado como “mexer” com o sexo/gênero dos indivíduos.

Mesmo com a medicalização do corpo sexual masculino, a sua função reprodutiva segue relativamente invisibilizada nas intervenções biomédicas em relação à função reprodutiva feminina. Tal medicalização e aprimoramento da função sexual dos homens ocorreu através de fármacos que, diferentemente de tecnologias contraceptivas masculinas, não desafiam aspectos dos modelos dominantes de masculinidade. Desta forma, uma rede sociotécnica se estabilizou em relação à função sexual masculina, enquanto os atores do campo da reprodução masculina ainda não alcançaram a mesma legitimidade (PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019a).

### 3.8 Para concluir

A relação assimétrica da biomedicina e da ciência em geral com os corpos masculinos e femininos foi apontada nesse capítulo como central para a compreensão da desigualdade de gênero na produção dos contraceptivos modernos. No processo de medicalização da contracepção, a rede sociotécnica estabelecida em torno da função reprodutiva feminina foi essencial. Como exposto, no contexto da revolução contraceptiva, já havia conhecimento, especialistas, tecnologias e movimentos sociais consolidados em relação ao corpo reprodutivo feminino, mas não existia o mesmo em relação à função reprodutiva masculina. Até então, o corpo reprodutivo dos homens se mantinha relativamente inexplorado. A viabilização de um contraceptivo para eles foi e segue sendo dificultada, entre outros fatores, por entraves relacionados à relativamente baixa intervenção biomédica sobre a reprodução masculina. Podem ser destacados: a relativa falta de conhecimento sobre a biologia reprodutiva masculina; a falta de especialistas, tanto clínicos como laboratoriais; e dificuldades para a organização de estudos clínicos com homens devido à ausência de um espaço correlato à clínica ginecológica para conseguir voluntários saudáveis para se engajarem nos testes (PEREIRA, 2017; OUDSHOORN 1994, 2003). No próximo capítulo, serão descritos aspectos do trabalho para a viabilização de contraceptivos para homens, com ênfase nas estratégias realizadas para superar esses e outros entraves relacionados à inclusão dos homens no trabalho contraceptivo.

#### 4 POR QUE ATÉ HOJE NÃO HÁ UMA PÍLULA MASCULINA?

Há pelo menos meio século, periodicamente, a criação de um novo anticoncepcional para homens é anunciada pela mídia internacionalmente. No Brasil, uma das primeiras notícias sobre o tema foi publicada em 1970 no *Jornal do Brasil*. Assim, apesar de nunca ter se tornado realidade, o lançamento de uma pílula masculina já ocupou manchetes de jornais e revistas de diversos países. Entre os especialistas, é recorrente a piada de que faz trinta anos que estamos a dez anos de pôr esse produto no mercado (GRAY, 2016; OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017; SILVA, 2004).

Apesar de não estar disponível para uso em nenhum lugar, a pílula para homens já foi tão propagandeada e debatida que se encontra, em certo sentido, no imaginário social. Até então, nenhuma outra tecnologia tinha recebido tanta atenção antes de ser disponibilizada para consumo. Por isso, Oudshoorn (2003) aponta que ela é um símbolo cultural confuso, existindo pessoas que acham que já é possível encontrá-la no mercado devido à grande circulação da ideia de uma pílula masculina.

O presente capítulo busca descrever como essa ideia tão difundida mundialmente não conseguiu ser materializada em um produto contraceptivo disponível nos serviços de saúde, nas organizações de planejamento reprodutivo e em farmácias. O objetivo é apresentar e analisar aspectos centrais do trabalho para a viabilização de novos anticoncepcionais masculinos a partir da revolução contraceptiva, com ênfase nos entraves encontrados e nas estratégias utilizadas para contorná-los.

Em geral, os especialistas envolvidos no desenvolvimento dessas tecnologias tendem a apontar questões de ordem econômica e fisiológica como os principais motivos para não termos até hoje uma pílula masculina. Em relação à dificuldade econômica, os atores do campo argumentam que ainda não há um novo anticoncepcional masculino por falta de capital para pesquisa e desenvolvimento nessa área. Historicamente, houve muito menos investimento nas pesquisas de métodos masculinos em comparação aos femininos. Como exemplo, no final da década de 1970, somente 6% da inversão em contraceptivos foram destinados para tais métodos. Já em relação à dificuldade fisiológica, esses atores argumentam que a intervenção na fertilidade masculina seria muito mais complexa do que a intervenção na fertilidade feminina, devido à quantidade de gametas produzidos por cada corpo. As mulheres tendem a produzir um óvulo por mês, já os homens tendem a produzir mais de mil espermatozoides por segundo. Essa diferença quantitativa é concebida como a causa da maior facilidade de intervenção na fertilidade feminina, pois se argumenta que é mais simples impedir a produção

de um óvulo mensalmente do que intervir na produção contínua de bilhões de espermatozoides. Essa maior complexidade na intervenção sobre o gameta masculino levaria, por sua vez, à produção de efeitos adversos mais graves que impediriam a aprovação das tecnologias contraceptivas voltadas para homens (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017, PEREIRA; AZIZE, 2019a).

Como visto no capítulo anterior, no processo de medicalização da sexualidade, o corpo feminino é construído como complexo em relação a intervenções farmacológicas. Em relação à contracepção, ocorre justamente o oposto, trata-se o corpo masculino como complexo. Tal como já mencionado, essas concepções refletem e materializam a associação entre mulheres e reprodução e homens e sexo (PEREIRA, 2017, PEREIRA; AZIZE, 2019a). No entanto, seguindo a obra *“The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making”* de Nelly Oudshoorn (2003), esse argumento essencialista que situa no organismo dos homens a dificuldade de produção de uma pílula masculina é aqui problematizado. Não se trata de negar os especialistas e a materialidade do entrave por eles relatado, mas sim de deslocar a causa desse entrave experienciado como algo natural, inerente aos organismos. Isto é, trata-se de reconhecer a maior dificuldade para intervir na fertilidade masculina experienciada pelos pesquisadores, mas nega-se que ela seja resultado de uma condição da natureza da função reprodutiva dos homens. Como descrito no capítulo anterior, enquanto foi estabilizada uma rede de intervenção científica e, mais especificamente, biomédica em torno da função reprodutiva feminina, a função reprodutiva masculina ficou relativamente marginalizada. Deste modo, a maior dificuldade de intervenção nos corpos reprodutivos masculinos não pode ser compreendida dissociada desse contexto em que há muito mais infraestrutura, pesquisas, tecnologias e especialistas voltados para a fertilidade das mulheres.

Oudshoorn (2003) ressalta que, apesar dessa noção de uma dificuldade fisiológica prevalecer entre pesquisadores de contraceptivos para homens, existem vozes dissonantes no campo. Enquanto a maioria dos especialistas dá ênfase na distinção entre corpos masculinos e femininos, argumentando que a produção ininterrupta de bilhões de espermatozoides complexifica a intervenção sobre a fertilidade masculina, outros destacam as similaridades da regulação hormonal nos mecanismos reprodutivos de homens e mulheres e defendem que a questão da quantidade de gametas não é relevante. Entre essas vozes dissonantes, alguns inclusive defendem que seria mais simples intervir na espermatogênese<sup>68</sup>, por se tratar de um

---

<sup>68</sup> Tal controvérsia é utilizada por Oudshoorn (2003) para ilustrar a flexibilidade das interpretações sobre fenômenos biológicos, já que um mesmo fator, a quantidade de gametas, é compreendido simultaneamente como um entrave e como um facilitador para a intervenção.

processo contínuo, do que intervir na produção de óvulos que é descontínua. O trecho abaixo, retirado do artigo “*Bridging the gender gap in contraception: another hurdle cleared*”, escrito pelo endocrinologista David Handelsman, ilustra essa concepção:

É claro que o atraso no desenvolvimento da contracepção hormonal para homens em relação às mulheres é quase inteiramente atribuível a fatores sociopolíticos que limitam os recursos para pesquisa e desenvolvimento e não às dificuldades científicas. O sistema reprodutivo masculino é inerentemente mais simples e mais fácil de manipular do que o ciclo menstrual mais complexo das mulheres. Por exemplo, métodos hormonais de ação prolongada administrados em intervalos de meses a anos são cada vez mais amplamente utilizados para contracepção feminina apesar do problema inerente dos distúrbios do ciclo menstrual, causando sangramento uterino irregular; em contraste, o sistema reprodutor masculino não-fásico é mais facilmente adaptável a esses métodos hormonais injetáveis de depósito (HANDELSMAN, 1991, p. 232, tradução minha<sup>69</sup>).

Os efeitos adversos averiguados em estudos com contraceptivos masculinos, concebidos por muitos especialistas como consequência dessa maior complexidade da intervenção na fertilidade masculina, foram responsáveis pelo cancelamento de muitos desses estudos como será descrito adiante. Desta forma, os riscos associados às tecnologias em desenvolvimento são constantemente citados por pesquisadores e fomentadores para justificar a demora que caracteriza a inovação no campo dos contraceptivos para homens. A maior parte desses atores apresenta tais riscos como fatos incontornáveis que só podem ser superados com mudanças na configuração das tecnologias em desenvolvimento, ignorando o fato de que tais riscos são também fruto de um determinado protocolo de avaliação que tende a maximizar os efeitos prejudiciais dos contraceptivos masculinos e a minimizar os dos contraceptivos femininos (OUDSHOORN, 2003).

Novamente, aqui não se trata de negar a existência dos efeitos adversos que dão base ao argumento dos pesquisadores, mas sim de questionar o tratamento dado a tais efeitos que, em muitos casos, são aceitáveis em anticoncepcionais para mulheres, mas não o são em anticoncepcionais para homens. Trata-se de focar o papel do modelo de avaliação de risco adotado no campo da contracepção como produtor da falta de segurança das tecnologias anticoncepcionais masculinas até então pesquisadas. Historicamente, a avaliação de risco dos contraceptivos, tanto para homens como para mulheres, tem predominantemente o indivíduo – e não o casal – como base. Porém, há uma diferença entre os gêneros: no caso deles, os possíveis

---

<sup>69</sup> No original: “It is clear that the delayed development of hormonal contraception for men relative to women is almost entirely attributable to sociopolitical factors limiting the resources for research and development rather than to scientific difficulties. The male reproductive system is inherently simpler and easier to manipulate than the more complex menstrual cycle in women. For instance, long-acting hormonal methods administered at intervals of months to years are increasingly widely used for female contraception despite the inherent problem of menstrual cycle disturbance causing irregular uterine bleeding; in contrast, the non-phasic male reproductive system is more readily adaptable to such depot hormonal methods”.

riscos gerados por essas tecnologias são comparados com a condição de homens saudáveis que não utilizam anticoncepcionais, já no caso delas, os possíveis riscos causados pela tecnologia são comparados com os riscos associados a uma gravidez. Assim, para as mulheres, leva-se em consideração a mortalidade e a morbidade materna, problemas psicológicos e sociais relacionados à gravidez não planejada e os riscos associados a abortos. Portanto, tal modelo de avaliação com foco no indivíduo e sua capacidade de engravidar legitima que a contracepção medicalizada seja aceita e realizada principalmente nos corpos de mulheres, pois enquanto os riscos para os homens são superestimados ao serem comparados com um homem saudável, os riscos das tecnologias para as mulheres são subestimados ao serem comparados aos riscos relacionados a uma gravidez (CAMPELIA et al., 2020; OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

A avaliação de risco de tecnologias contraceptivas poderia ser igual para homens e mulheres, isto é, seria possível contrapor os riscos de todos os anticoncepcionais aos riscos de uma gravidez, que é o fenômeno que tais tecnologias buscam evitar. A diferença entre os gêneros consistiria no fato de que os homens estariam assumindo um risco para evitar um fenômeno que não ocorre em seus corpos, mas lhes diz respeito como co-responsáveis por uma gravidez. Alguns atores fomentadores de contraceptivos masculinos na atualidade propõem mudanças na avaliação de risco das tecnologias em desenvolvimento como será trabalhado adiante.

Por todo o exposto, a ideia de uma dificuldade natural, inerente ao corpo dos homens, que teria impedido até os dias de hoje a disponibilização de uma pílula masculina é aqui problematizada e compreendida também como um resultado da inexistência de uma rede sociotécnica estabilizada em relação à função reprodutiva masculina. A seguir, serão apresentadas algumas das primeiras pesquisas para o desenvolvimento de um novo contraceptivo para homens para situar como a questão da segurança se configurou como um entrave no campo dos anticoncepcionais masculinos desde então.

#### **4.1 Algumas das primeiras tentativas para a criação da pílula masculina**

Em média, há mais de 60 anos, existem pesquisadores que buscam a produção de um novo contraceptivo masculino reversível. Ou seja, desde o período em que foram realizadas as pesquisas para a produção da pílula anticoncepcional, marco da revolução contraceptiva, há estudos sobre anticoncepcionais para homens. Inclusive, como já exposto, um dos “pais da

pílula”, Gregory Pincus, chegou a realizar estudo com homens. No entanto, nenhuma dessas pesquisas resultou na disponibilização de um novo produto. Algumas tecnologias chegaram à fase de estudos clínicos tendo como resultado a constatação da sua eficácia na prevenção de gravidezes e sua reversibilidade, mas não foram lançadas devido aos efeitos adversos identificados (HARTMANN, 2016; MAY, 2010; OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017; SOCOLOW, 2019).

Desde 1939, já se sabia que a fertilidade masculina poderia ser controlada através da manipulação da testosterona, mas, assim como ocorreu com o estrogênio e a progesterona, devido às restrições em relação à contracepção nesse período, por muito tempo não houve interesse em se pesquisar essa propriedade. Em 1957, um ano após o começo dos testes em larga escala da pílula em Porto Rico e ano em que ela foi autorizada pela FDA para ser usada para tratamento de distúrbios menstruais, Pincus a testou como contraceptivo em oito homens internados em um hospital psiquiátrico estadual nos EUA e reportou que o efeito de esterilização foi alcançado. No entanto, esse foi o seu primeiro e único estudo com homens porque, devido aos efeitos observados na sexualidade dos participantes, ele foi suspenso. Somente na década de 1970, ocorreram estudos clínicos de maior escala para contracepção masculina com hormônios e muitos deles provaram a eficácia dessas substâncias para a contracepção nos corpos de homens. No entanto, assim como ocorreu com o teste de Pincus, eles foram descontinuados por questões de segurança (EIG, 2014; KOGAN; WALD, 2014; KOSMO, 2016; OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017; WANG; FESTIN; SWERDLOFF, 2016).

Métodos não hormonais também foram pesquisados em meados do século passado e igualmente encontraram entraves em relação a sua segurança. Nos anos 1950, a agora extinta empresa farmacêutica estadunidense Sterling Drugs testou o composto não hormonal WIN 18.446 (*bis-dicloroacetildiamina*) como um contraceptivo em homens privados de liberdade em uma penitenciária nos EUA. Os primeiros resultados desse teste apontaram a eficácia da tecnologia, bem como a sua reversibilidade e a observação de poucos efeitos adversos. Porém, o sucesso verificado tinha a ver com os sujeitos da pesquisa estarem teoricamente em privação de álcool por estarem encarcerados. Efeitos adversos avaliados como sérios, como palpitação cardíaca, sudorese, vômitos e náusea, foram observados em homens que ingeriram bebidas alcoólicas concomitantemente ao uso do WIN 18.446 e isso fez com que os testes fossem suspensos, inviabilizando a continuidade da pesquisa com esse composto (ANTHES, 2017; LONG; LEE; BLITHE, 2021).

A suspensão de testes de um possível fármaco para contracepção devido ao fato da sua interação com bebidas alcóolicas gerar riscos para os usuários é totalmente compreensível, afinal, qual seria a aceitabilidade de um contraceptivo para homens que tivesse como requisito a não ingestão de bebidas alcóolicas? Porém, é importante fazer a ressalva em relação à existência de diversos outros fármacos aprovados e muito utilizados que pressupõem que seus usuários não ingiram bebidas alcóolicas, medicamentos para condições graves de saúde, mas também fármacos para questões de aprimoramento estético, como o controle de acne. Assim, a necessidade e a aceitabilidade de outros fármacos, apesar da proibição do consumo de álcool que engendravam, não foi questionada, mas a abstinência de álcool inviabilizou a continuidade dos estudos do WIN 18.446.

Na China, na década de 1950, propriedades contraceptivas da semente do algodão foram descobertas casualmente porque diversos casais jovens na província de Jiangsu não tinham filhos. Devido às grandes quantidades de óleo de semente de algodão que esses jovens ingeriam, especialistas na área da reprodução testaram tal óleo e descobriram que o gossipol, presente na semente, era a substância responsável pela ação contraceptiva. Desde 1974, houve estudos clínicos nesse país com o gossipol e, até o final dos anos 1970, cerca de 14.000 pessoas já haviam participado. Devido a questões geopolíticas do período, tais estudos não foram divulgados no denominado mundo ocidental até 1979 (MAY, 2010; OUSHOORN, 2003).

A divulgação do gossipol para além das fronteiras chinesas teve grande repercussão e impacto em atores do campo da contracepção masculina como será abordado adiante. Aqui, importa destacar que diversos estudos com animais foram iniciados em outros países até que a maioria das pesquisas foi suspensa em razão dos efeitos adversos identificados: infertilidade permanente, diarreia, problemas circulatórios e cardíacos (MAY, 2010; OUDSHOORN, 2003).

Na Índia, na década de 1970, o professor de engenharia biomédica Sujoy Guha, do Indian Institute of Technology, desenvolveu o RISUG (*reversible inhibition of sperm under guidance*). Trata-se de um gel polímero, feito de estireno-anidrido maleico misturado com sulfóxido de dimetila, que é injetado no lúmen dos vasos deferentes através de uma pequena incisão no escroto. Assemelha-se a uma vasectomia em que, em vez de cortados, os vasos são preenchidos com gel. Tem como objetivo bloquear parcialmente os vasos, além de gerar o rompimento da membrana dos espermatozoides e interromper a liberação de enzimas essenciais para a fertilização do óvulo através de processos químicos. Estudos clínicos de fase III<sup>70</sup> já

---

<sup>70</sup> Desde os anos 1970, os estudos clínicos são divididos em diferentes fases. Segundo a definição da FDA, a fase três consiste em testes em um grande número de voluntários, de 300 a 3.000 pessoas, em que a eficácia e os efeitos adversos da tecnologia são verificados.

foram realizados em território indiano, mas o RISUG ainda não foi aprovado para ser lançado também por questões relativas à sua segurança (THAKUR et al., 2013). No entanto, Guha e outros atores envolvidos na produção desse dispositivo questionam o argumento da falta de segurança e apontam que razões geopolíticas seriam o motivo por trás da demora da aprovação do produto pelos órgãos competentes (CHATTOPADHYAY, 2016).

Algumas dessas primeiras tentativas de produção de um novo contraceptivo masculino ainda reverberam na atualidade. Foi tentando entender o funcionamento do WIN 18.446 que pesquisadores, nos anos 2000, chegaram ao ácido retinoico como alvo para a contracepção. Quando o WIN 18.446 foi testado na década de 1950, não se conhecia o mecanismo que justificava sua eficácia para gerar infertilidade temporária. As pesquisas com métodos hormonais, por sua vez, estão entre as mais avançadas no campo da contracepção masculina na atualidade. Enquanto a maioria dos estudos com métodos não hormonais ainda não alcançou a fase dos estudos clínicos, testes com homens verificando a eficácia e a segurança de hormônios para a contracepção são realizados há décadas e especialistas preveem que em cinco a dez anos um método hormonal poderá estar disponível. Já o RISUG, além de seguir sendo estudado e testado na Índia, serviu de inspiração para outros contraceptivos reversíveis que estão sendo desenvolvidos nos EUA desde a década de 2010. O Vasalgel e o ADAM, que serão melhor descritos posteriormente, seguem o modelo de inserção de um gel nos vasos deferentes para impedir a passagem dos espermatozoides (PEREIRA, 2017). No entanto, a questão da segurança, que impediu o avanço dessas primeiras pesquisas aqui citadas, segue como um dos maiores entraves do campo da contracepção para homens juntamente com a relativa falta de capital nessa área.

A seguir, serão apresentados alguns atores centrais para a construção de uma rede para a produção de contraceptivos masculinos a partir da revolução contraceptiva. Como já expresso no capítulo 2, as tecnologias se estabilizam quando a rede de relações que as configuram está estabilizada (BIJKER; LAW, 1992).

## **4.2 Atores envolvidos na criação de uma pílula masculina**

Como visto, no âmbito da política internacional de controle populacional, havia incentivo para o aumento da prática contraceptiva a nível mundial para diminuir as taxas de natalidade, principalmente dos países mais pobres. Dos anos 1960 até começo dos anos 1980,

artigos em revistas científicas enfatizavam explicitamente a necessidade de novos contraceptivos masculinos para mitigar o crescimento populacional. Nesse contexto, atores envolvidos na produção de contraceptivos femininos modernos também se engajaram na produção de contraceptivos masculinos. As instituições de população e diversos governos fomentaram pesquisas no campo da contracepção masculina. China e Índia se destacaram como nações pioneiras no investimento em desenvolvimento de métodos masculinos como ferramentas de controle populacional. Os estudos dos já citados gossipol e RISUG na década de 1970 são resultado desse investimento. A China nesse período também se destacou pelas pesquisas em técnicas de vasectomia não cirúrgica e reversível (MAY, 2010; OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019a, 2019b; SOCOLOW, 2019; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Diferentemente do que aconteceu com os contraceptivos para mulheres no sentido de existir um movimento organizado, o movimento pelo controle de natalidade (*birth control movement*), reivindicando a criação dessas tecnologias, até hoje, não existe nenhum grupo organizado de ativismo reivindicando a criação de novos anticoncepcionais masculinos especificamente. Assim, enquanto havia possíveis futuras usuárias engajadas e representadas no movimento de controle de natalidade e em grupos feministas que tinham a contracepção como pauta no contexto da revolução contraceptiva, nunca houve uma associação equivalente de homens como possíveis usuários reivindicando a necessidade de contracepção para si. Existem homens engajados em instituições de fomento a contraceptivos masculinos e muitos homens ao redor do mundo defendendo a necessidade dessas tecnologias. Contudo, a contracepção masculina nunca se tornou uma pauta consolidada por um movimento com participação e representação de futuros usuários reivindicando a necessidade de novos contraceptivos masculinos para a garantia de saúde e direitos reprodutivos. Essa ausência de reivindicação institucionalizada por parte dos possíveis usuários colabora para o frequente questionamento sobre a existência de mercado para essas tecnologias, tanto por leigos como por investidores de empresas farmacêuticas, fazendo com que pesquisadores e fomentadores de contraceptivos masculinos tenham que realizar constantemente estudos visando provar a existência de demanda para tais produtos (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017).

Movimentos feministas, por sua vez, foram responsáveis tanto por impulsionar a criação dos contraceptivos modernos femininos como por pressionar cientistas e políticos para a criação de novos métodos para homens, demonstrando a importância de movimentos sociais para a

inovação tecnológica. Grupos de mulheres<sup>71</sup> organizadas passaram a reivindicar uma maior participação dos homens na contracepção, principalmente no contexto de problematização dos efeitos adversos da pílula. Após alguns anos da aprovação da pílula pela FDA, diversas mulheres passaram a escrever cartas para Pincus e Rock exigindo a criação de uma pílula para homens. A demanda por novos contraceptivos masculinos foi especialmente forte na década de 1970 entre aquelas usuárias que experienciaram diversos efeitos adversos relacionados às altas dosagens hormonais das primeiras pílulas. As seguintes gerações de usuárias, nas décadas de 1980 e 1990, já tomando pílulas com doses hormonais mais baixas em relação às primeiras, focaram suas reivindicações no aprimoramento da segurança dos contraceptivos femininos (MAY, 2010; OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019b; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Desta forma, assim como os contraceptivos para mulheres foram configurados a partir de demandas libertárias e controlistas simultaneamente, a necessidade de tecnologias masculinas foi articulada principalmente a partir de uma demanda emancipatória por parte dos feminismos como movimento social e de mulheres em geral e de uma demanda de controle populacional. Nenhuma dessas demandas representava necessariamente os possíveis futuros usuários (MAY, 2010; OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019b; SOCOLOW, 2019).

Além do significativo silêncio de homens como futuros usuários, o desenvolvimento de anticoncepcionais masculinos foi historicamente dificultado pela relativa ausência da indústria farmacêutica – tradicionalmente, a principal fonte de capital para as inovações tecnológicas no que diz respeito a fármacos. Essa indústria se tornou relutante em relação ao campo da contracepção para ambos os gêneros devido aos riscos envolvidos (OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002). Para ilustrar a retirada de empresas farmacêuticas do campo da contracepção, Carl Djerassi (1989) aponta que, em 1970, havia treze companhias dentre as maiores do ramo que se dedicavam à pesquisa e desenvolvimento de contraceptivos, nove delas nos EUA, enquanto, em 1987, esse número caiu para quatro, sendo só uma delas situada em território estadunidense.

Como visto, a pílula anticoncepcional foi um sucesso, mas gerou também importante perda financeira para as empresas envolvidas na sua comercialização. Nos anos 1980, os contraceptivos orais geraram anualmente mais processos do que qualquer outra droga, e, nos

---

<sup>71</sup> Como será exposto adiante, a produção de contraceptivos masculinos é uma pauta controversa para os diversos feminismos. Alguns grupos questionam a inclusão dos homens na gestão da contracepção alegando que aumentaria a opressão feminina em um contexto de desigualdade de gênero.

EUA, as seguradoras especializadas chegaram a não cobrir os fabricantes desses produtos. Até hoje, o seguro para a fabricação de anticoncepcionais é mais elevado do que para outras drogas. Além da pílula, tragédias como a da talidomida, nos anos 1960, levaram a um incremento das normas para autorização de medicamentos (HANDELSMAN, 1991; MORO; INVERNIZZI, 2017; OUDSHOORN, 2003; SOCOLOW, 2019).

Descoberta em 1957 na Alemanha, a talidomida foi usada como sedativo por gestantes, gerando malformação em milhares de bebês. Esse caso foi um marco na regulação de medicamentos em particular e nas regulações de caráter bioético em termos gerais (MORO; INVERNIZZI, 2017). Portanto, além dos contraceptivos particularmente passarem a ser concebidos como um negócio arriscado devido ao histórico de processos judiciais e indenizações, houve um incremento das regras para a liberação de fármacos em geral durante essa década que acarretou um aumento dos custos para o desenvolvimento dessas tecnologias devido às novas exigências. As empresas farmacêuticas passaram a ter que investir mais tempo e capital nos estudos clínicos para cumprir as novas exigências e aumentou o risco da não aprovação. Nesse contexto, as regras para tecnologias anticoncepcionais se configuram de forma ainda mais restrita porque elas são usadas por pessoas saudáveis por um longo período usuários (HANDELSMAN, 1991; OUDSHOORN, 2003; SOCOLOW, 2019). Djerassi (1989) aponta, por exemplo, que em 1969 a FDA passou a demandar testes toxicológicos mais rigorosos em animais para tecnologias contraceptivas, exigência que só foi retirada vinte anos depois. Portanto, houve um aumento do tempo necessário para a pesquisa e o desenvolvimento de anticoncepcionais, além de um aumento no valor a ser investido nesses processos e do risco de pagamento de indenização a futuros usuários.

No caso dos métodos masculinos especificamente, a postura da indústria farmacêutica se tornou ainda mais reticente devido ao seu questionamento sobre a existência de demanda e se tais tecnologias não comprometeriam o mercado já existente e lucrativo de contraceptivos femininos. Por isso, o envolvimento das grandes empresas se restringiu basicamente ao fornecimento de hormônios para a utilização nos estudos clínicos de anticoncepcionais hormonais para homens, tal como ocorreu no início das pesquisas com a pílula anticoncepcional, quando tais empresas tinham receio a se associar a pesquisas sobre contracepção (KOSMO, 2016; OUDSHOORN, 2003; RINGHEIM, 1996).

Nessa conjuntura, foram órgãos públicos – como a OMS e o Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano (National Institute of Child Health and Human Development – NICHD), instituição governamental dos Estados Unidos pertencente ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos –, em conjunto com organizações não

governamentais – como o Population Council – que atuaram no financiamento de pesquisa e desenvolvimento no campo da contracepção masculina (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Já no final dos anos 1960, a OMS se tornou o principal ator na realização de pesquisa e desenvolvimento de contraceptivos femininos e masculinos. Como visto no capítulo 1, em 1972, ela criou Programa de Reprodução Humana (*Human Reproduction Program – HPR*), projeto dedicado à pesquisa e desenvolvimento na área da reprodução humana e à criação de alianças entre governos e cientistas. A produção de novas tecnologias anticoncepcionais foi um de seus objetivos centrais. No âmbito desse programa, foi criado um grupo dedicado aos métodos masculinos, nomeado Força-Tarefa Masculina (*Male Task Force*) (OUDSHOORN, 2003; MANICA, 2012; SOCOLOW, 2019; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Desde a década de 1950, como acima citado, pesquisas de contraceptivos masculinos já eram levadas a cabo e financiadas por diversas instituições, como o Population Council, mas a OMS foi responsável pela criação de uma rede internacional ao propiciar a comunicação e a associação entre os pesquisadores do campo (OUDSHOORN, 2003). É importante ressaltar que um dos entraves para a produção de contraceptivos masculinos foi a falta de especialistas, tanto nos laboratórios como nas clínicas. As ciências reprodutivas foram por muito tempo marginalizadas e, nesse contexto, a pesquisa sobre contracepção foi ainda mais estigmatizada. Devido ao foco da ciência e da biomedicina no corpo reprodutivo feminino, os especialistas que, em certo sentido, arriscaram-se nesse campo, em meados do século passado, seguiram essa tendência de estudar a reprodução nos corpos de mulheres. Um dos pioneiros no estudo da reprodução masculina afirma que essa área ocupou um lugar de ilegitimidade na biologia reprodutiva e, portanto, os pesquisadores tendiam a evitá-la (HARTMANN, 2016; SOCOLOW, 2019).

A criação da força-tarefa dedicada a métodos masculinos foi um esforço no sentido de reverter essa marginalização dos estudos sobre a reprodução e a contracepção masculina. Com ela, a OMS propiciou a atuação em conjunto de especialistas de laboratórios e clínicas dispersos em distintas regiões do mundo. O seu foco recaiu na realização de pesquisa básica para aumentar o conhecimento sobre dois aspectos do sistema reprodutivo masculino: a maturação dos espermatozoides e os mecanismos de penetração no óvulo. Também houve investimento na produção de novos esteroides e na criação de uma rede de centros acadêmicos especializados em contraceptivos masculinos com instalações e profissionais para a execução de estudos clínicos em diversos países. Desta forma, pequenos projetos de pesquisa espalhados por vários

lugares foram englobados, constituindo um projeto de pesquisa multicêntrico em larga escala (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017; SOCOLOW, 2019).

A Força-Tarefa Masculina da OMS, porém, enfrentou dificuldades significativas. Foi afetada pela falta de especialistas na área da contracepção para homens, o questionamento sobre a existência de mercado para um novo anticoncepcional masculino e a necessidade de grandes investimentos de ordem financeira e temporal em pesquisa básica sobre a função reprodutiva masculina. Por tudo isso, em 1979, ela foi suspensa, sendo restaurada no começo dos anos 1980 graças à já citada divulgação de pesquisas bem-sucedidas com o gossipol na China (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017).

Seguindo os passos dos métodos femininos, até então, a abordagem adotada pela OMS era a hormonal. Devido ao anúncio do gossipol, ocorreu uma mudança de ênfase para métodos não hormonais e foi lançado um programa de pesquisa em larga escala para a produção de uma substância análoga a ele, mas menos tóxica. Não obtendo êxito, tal projeto foi encerrado em 1990 e o paradigma hormonal foi restaurado prevalecendo até a atualidade no âmbito dessa instituição multilateral (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017).

Cabe destacar que, no Brasil, o gossipol recebeu bastante atenção midiática e teve uma carreira mais longa como contraceptivo masculino em desenvolvimento do que teve na força-tarefa da OMS. O médico brasileiro Elsimar Coutinho chegou a ser denominado o pai da pílula masculina por causa das suas pesquisas com essa substância (MANICA, 2009; PEREIRA, 2017).

Desde os anos 1960, Coutinho foi um dos principais responsáveis pelo desenvolvimento de anticoncepcionais femininos e masculinos no Brasil. Financiados por atores centrais no campo da contracepção, como o Population Council e a OMS, esse médico apresentou a possibilidade de implantação subcutânea de cápsulas de testosterona simultaneamente ao uso de contraceptivos hormonais orais para homens como solução para a perda de desejo associada a eles. Defendia que o uso do implante de testosterona poderia ser um incentivo para que os homens usassem o contraceptivo, pois tal implante não só impediria o efeito adverso da perda de desejo, mas aumentaria a potência de alguns. No entanto, foram os estudos com o gossipol que geraram mais repercussão e controvérsia na sua trajetória (MANICA, 2009; PEREIRA, 2017).

Coutinho trabalhou com essa substância em pesquisa ligada ao Population Council, inclusive após a OMS interromper os estudos com ela por questões de segurança. Uma pílula à base de gossipol nomeada Nofertil produzida pelo laboratório farmacêutico Hebron de Pernambuco chegou a ser divulgada com a previsão de lançamento nacional em 1997 (GUIBU,

1996). No entanto, ela nunca recebeu aprovação dos órgãos nacionais competentes. Em entrevistas, Coutinho denunciou uma sabotagem da indústria farmacêutica<sup>72</sup> ao gossipol, por se tratar de um produto natural extraído da semente do algodão, que não geraria muito lucro, além de prejudicar a demanda já garantida das tecnologias femininas (PEREIRA, 2017). Nesse sentido, em entrevista para a *Folha de São Paulo* em 1996, Luiz Francisco Pianowski, então diretor industrial do laboratório produtor do Nofertil, comenta o fato da OMS não aprovar a pílula por eles desenvolvida: “Sabíamos que sofreríamos esse tipo de pressão porque a fábrica é brasileira e está instalada no Nordeste, em Caruaru (PE)” (OMS NÃO APROVA..., 1996). Até hoje, essa controvérsia circula em meios de comunicação nacionais quando se aborda o desenvolvimento de uma pílula masculina.

Foi no contexto da retomada do paradigma hormonal pela OMS, após a suspensão das pesquisas com o gossipol, que ocorreram os primeiros testes de larga escala com tecnologias hormonais. Dois testes multicêntricos foram realizados entre o final dos anos 1980 e os anos 1990 no âmbito dessa agência multilateral, gerando evidências em relação à eficácia da testosterona para a contracepção. Porém, eles não resultaram em nenhum produto, como prometido na sua divulgação midiática (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017).

Oudshoorn (2003) argumenta que a OMS e seus parceiros tiveram êxito na criação de um espaço protegido para realizar atividades que tradicionalmente são realizadas pela indústria farmacêutica, mas, apesar disso, a rede alternativa construída não foi capaz de substituir o papel dessa indústria, pois não possuía o capital suficiente para a produção em larga escala dos produtos em desenvolvimento. Por isso, a autora caracteriza tal rede como demonstrativa (*demonstration network*), ou seja, uma rede que é capaz de demonstrar a viabilidade de uma nova tecnologia, mas não de levá-la até o mercado.

Além de todos os atores citados, cabe destacar ainda o papel dos meios de comunicação no campo da contracepção masculina para o recrutamento de voluntários para participarem dos estudos clínicos. Na próxima seção, será descrito como o campo da contracepção masculina se tornou dependente da mídia a partir do final da década de 1980.

### 4.3 O problema do recrutamento de voluntários para estudos clínicos

---

<sup>72</sup> Além da indústria, Coutinho também declarava em entrevistas que feministas se opunham à pílula masculina por ele desenvolvida, relatando uma má recepção que suas propostas tiveram em uma palestra por parte de militantes mulheres da plateia: <https://www.youtube.com/watch?v=YniQusvZ-9U>. Último acesso em 14 set. 2022.

Como já mencionado, os contraceptivos são drogas ou dispositivos especiais porque são voltados para pessoas saudáveis para serem usados por um longo período. Tal característica é um empecilho para engajar participantes nos estudos clínicos dessas tecnologias. Enquanto os testes de fármacos tradicionais engajam, em geral, pacientes doentes ou com alguma condição de saúde com interesse em uma cura ou melhora – ao menos nas etapas mais avançadas de testagem –, no caso dos anticoncepcionais, tanto para homens como para mulheres, trata-se de conseguir voluntários saudáveis (OUDSHOORN, 2003).

Apesar das dificuldades impostas pelo contexto de proibição de pesquisas sobre contracepção, tal desafio de realizar testes em mulheres saudáveis foi superado no campo da contracepção feminina desde as pesquisas em larga escala da pílula anticoncepcional em Porto Rico, como descrito no capítulo 2. Foi através de uma aliança com clínicas ginecológicas e organizações de planejamento familiar que os pesquisadores dessa tecnologia tiveram acesso a voluntárias saudáveis, assim como a uma infraestrutura já institucionalizada para levar a cabo os procedimentos dos testes. Além disso, foram criados protocolos de avaliação de segurança em que seus riscos foram contrapostos a possíveis riscos de uma gravidez não planejada para as mulheres, justificando assim o interesse delas nos testes e posteriormente no produto (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019a).

No campo da contracepção masculina, por sua vez, até hoje, a dificuldade de engajar voluntários saudáveis não foi totalmente superada. O recrutamento de participantes para os estudos clínicos em larga escala segue sendo um desafio, pois não há uma clínica equivalente à ginecologia e as instituições de planejamento reprodutivo continuam sem ter um público masculino significativo. A alternativa encontrada pelos pesquisadores para recrutar homens saudáveis ao longo dos anos foi a utilização dos meios de comunicação de massa em conjunto com a criação de uma infraestrutura específica para a realização dos processos de testagem (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017).

Além disso, a decisão de colaborar com um estudo clínico em muitos casos está relacionada aos benefícios que o indivíduo terá com o uso da tecnologia em teste. Quando os estudos em larga escala de contraceptivos masculinos estavam sendo organizados, já existiam anticoncepcionais altamente eficazes para as mulheres e o trabalho contraceptivo já tinha se consolidado como prática feminina. Como os homens, em geral, se beneficiam desse trabalho feminino, a decisão de participar de estudos clínicos não é tão óbvia. Desta forma, os atores do campo da anticoncepção masculina tiveram que lançar mão de estratégias específicas não só

para ter acesso a um número significativo de homens saudáveis, mas também para motivar sua participação (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017).

Os primeiros estudos clínicos de contraceptivos hormonais masculinos nos EUA e na Europa, no período de 1950 até 1970, foram realizados em homens com alguma doença ou em homens saudáveis no contexto de prisões. O recrutamento de pessoas privadas de liberdade não era uma especificidade do campo da contracepção masculina, essa era uma prática comum em testes de fármacos em geral até os anos 1980. Já a seleção de homens com alguma doença ou condição de saúde foi uma forma de contornar a dificuldade de acessar homens saudáveis, mas também uma estratégia para conseguir a aprovação dos órgãos reguladores para a realização dos estudos clínicos, pois tais órgãos não autorizariam os mesmos testes em homens saudáveis. Assim, optou-se por acessar possíveis participantes através de determinadas clínicas. Homens com câncer de próstata, com hipogonadismo ou osteoporose foram recrutados para estudos de tecnologias hormonais que eram testadas simultaneamente para dois fins, um curativo em relação a essas doenças e um contraceptivo<sup>73</sup>. Tanto a OMS como o Population Council chegaram a usar pacientes com câncer de próstata ou hipogonadismo. Somente nos anos 1970 que a maioria dos testes de contraceptivos hormonais masculinos passou a ser realizada apenas em homens saudáveis (OUDSHOORN, 2003).

Os estudos clínicos realizados na Europa e nos EUA até então eram de fase I<sup>74</sup>, portanto, necessitavam de um menor número de participantes. Foi no final dos anos 1980, quando os estudos de fase II estavam sendo organizados e demandavam centenas de voluntários saudáveis, que o recrutamento se configurou como um problema mais grave nesses lugares. Cabe ressaltar que, nesse período, somente na China o recrutamento de participantes para estudos clínicos não se configurou como um empecilho. Como visto, já na década de 1970, estudos de larga escala foram realizados com o Gossipol nesse país. O acesso a participantes se deu principalmente através de operários de indústrias no contexto de uma aliança entre pesquisadores de contracepção masculina, o Partido Comunista Chinês e diretores de indústrias (OUDSHOORN, 2003).

---

<sup>73</sup> Essa testagem dos compostos hormonais com dupla finalidade também servia para atrair a participação de empresas farmacêuticas, uma vez que essas eram reticentes em relação a participar de estudos para contraceptivos masculinos, mas tinham interesse em colaborar com estudos para tratamentos de câncer de próstata, hipogonadismo ou osteoporose.

<sup>74</sup> Desde os anos 1970, o modelo de estudos clínicos de medicamentos divididos em três fases se tornou padrão. Na fase I, são engajados menos participantes, em média entre 20 e 50, com o objetivo de analisar a atividade biológica do fármaco, sua segurança e dosagem ideal. Na fase II, são engajados mais indivíduos, em média entre 100 e 200, com o objetivo de analisar a eficácia e os efeitos adversos, essa fase só ocorre após a realização de testes de toxicologia e teratologia do medicamento em animais. A fase III, última pré-mercado, engaja a maior quantidade de pessoas, entre 300 e 3.000, também com o objetivo de analisar a eficácia e os efeitos adversos.

Uma primeira estratégia dos pesquisadores europeus e estadunidenses para os testes de larga escala foi tentar acessar voluntários saudáveis através de ginecologistas e obstetras. Tratava-se de seguir um padrão dos estudos clínicos de fármacos em geral uma vez que a clínica médica era o meio mais utilizado de recrutamento. A escolha desses especialistas se deu porque eles foram concebidos como possíveis intermediários para contatar os parceiros saudáveis de suas pacientes. No entanto, tal estratégia fracassou uma vez que, na prática, tais médicos não cooperaram como o esperado. Até então, a contracepção era algo do domínio dos ginecologistas e os estudos de contraceptivos masculinos, em certo sentido, ameaçavam esse domínio. É possível que esses profissionais tenham sido reticentes porque tais tecnologias poderiam significar uma perda de pacientes para eles, entre outros motivos. Após ginecologistas e obstetras, houve tentativas de recrutamento de voluntários através de profissionais da urologia e da andrologia, porém eles também não cooperaram porque seu interesse em relação à função reprodutiva masculina recaía na infertilidade e não no controle da fertilidade. Com exceção de clínicos gerais, os pesquisadores não encontraram apoio efetivo na comunidade médica e criaram uma estratégia alternativa para recrutar voluntários que teve êxito, o uso de meios de comunicação de massa como intermediários para acessar possíveis voluntários. A partir de então, os estudos clínicos de contraceptivos masculinos passaram a depender da divulgação midiática e os pesquisadores tiveram que fazer alianças com atores dessa área (OUDSHOORN, 2003).

Mesmo com os meios de comunicação de massa tendo se tornado a principal fonte de recrutamento de participantes para os estudos clínicos, alcançar a quantidade de voluntários necessária se manteve como um desafio em muitos casos e outra forma encontrada para superá-lo foi a realização de testes multicêntricos, isto é, testes realizados em vários centros de pesquisa em diferentes localidades. Desta forma, ampliava-se o número de possíveis voluntários com a expansão dos locais de recrutamento. A descentralização dos testes também foi necessária como resposta ao tamanho reduzido da comunidade de pesquisadores de métodos masculinos. Havia poucos especialistas e infraestrutura em uma mesma localidade para conseguir levar a cabo testagens com centenas de indivíduos, logo, era necessário fazer alianças com pesquisadores de outras instituições e regiões. Cabe destacar que, se por um lado, a descentralização dos estudos clínicos foi uma estratégia bem-sucedida para a sua viabilização, por outro, ela trouxe a necessidade de um rigoroso trabalho de padronização das práticas realizadas nos laboratórios de diversas regiões envolvidos em um mesmo estudo clínico (OUDSHOORN, 2003).

Além de passar a ocupar o papel de principal meio de recrutamento para voluntários de estudos clínicos para um novo contraceptivo masculino, os veículos de comunicação em massa

tiveram um papel muito importante na já citada difusão da ideia de uma pílula masculina e na construção da viabilidade dessa tecnologia. Se tal ideia é bastante difundida, apesar da não disponibilidade de um contraceptivo masculino no mercado, é, em grande parte, graças aos anúncios de lançamento e aos debates sobre a viabilidade dessa tecnologia pelos meios de comunicação. Porém, a mídia não atua apenas como divulgadora de uma ideia, ela participa na sua construção. Isto é, não se trata de encarar os meios de comunicação somente como meros reprodutores de informações emitidas pelos pesquisadores e fomentadores de contraceptivos masculinos, pois, ao noticiar o desenvolvimento dessas tecnologias, eles as caracterizam de determinadas formas afetando o seu processo de viabilização. Essa atuação dos meios de comunicação na construção da viabilidade de uma pílula masculina será trabalhada posteriormente, pois na próxima seção seguirão sendo apresentados desafios que impactaram a realização de estudos clínicos com contraceptivos hormonais para homens.

#### **4.4 Estudos clínicos de contraceptivos hormonais masculinos**

As dificuldades acima citadas relacionadas à relativa falta de especialistas e de uma infraestrutura para recrutar participantes e levar a cabo os procedimentos necessários para a testagem em larga escala estavam relacionadas e eram agravadas pela ausência de empresas farmacêuticas na produção dos estudos clínicos de contraceptivos masculinos (OUDSHOORN, 2003).

A indústria farmacêutica geralmente controla todo o processo de testagem pré-mercado de fármacos. Portanto, o seu afastamento do campo da contracepção masculina fez com que atores até então não responsáveis por estudos clínicos de larga escala tivessem que realizar esse trabalho. A OMS foi uma das principais instituições a ocupar esse vácuo deixado pelas empresas farmacêuticas, uma vez que através da rede de centros de pesquisa por ela estabelecida foi possível realizar estudos de fase II que tais centros isoladamente não conseguiriam realizar (OUDSHOORN, 2003).

No final dos anos 1970, o então diretor da Força-Tarefa Masculina no âmbito dessa agência multilateral, Alvin Paulsen, foi incumbido de criar uma rede de centros de pesquisas para a realização de estudos clínicos de tecnologias contraceptivas hormonais para homens, mas só no final dos anos 1980 o primeiro teste em larga escala da OMS foi realizado. Paulsen relata que se aproximou de grupos de pesquisa ao redor do mundo que trabalhavam com

reprodução masculina, mesmo que não focassem em contracepção, e os encorajou a participar da realização dos estudos. Apesar de ter sido bem-sucedido na criação de uma infraestrutura internacional que possibilitava a realização de um estudo em larga escala, a possibilidade de ocorrência de gravidezes não planejadas durante a testagem e a previsão de aborto assistido para lidar com elas foram empecilhos para a liberação do estudo por parte da OMS (OUDSHOORN, 2003).

A testagem da eficácia de anticoncepcionais normalmente envolve o risco de gravidez, mas, no caso dos métodos masculinos, essa questão é ainda mais complexa porque se trata de um risco que não ocorre no corpo dos sujeitos que estão testando a tecnologia. Se a ocorrência de efeitos adversos em sujeitos que não estão testando a tecnologia já é configurada como um problema ético, quando o efeito é uma gravidez, há uma dificuldade maior já que a OMS se tornaria responsável pelo tratamento dado a tal efeito gerado no âmbito do seu estudo clínico. Desta forma, Estados membros dessa agência multilateral se opuseram por muito tempo à realização de um estudo em que, segundo o protocolo estabelecido, os centros envolvidos teriam que dar tratamento médico às mulheres que engravidassem garantindo a possibilidade de interrupção da gestação (OUDSHOORN, 2003).

Antes dos estudos de larga escala da OMS, os testes até então só tinham avaliado a eficácia das tecnologias hormonais através da contagem de espermatozoides e não pela incidência de gravidezes. Neles, já haviam sido apontadas dificuldades em relação à forma farmacêutica dos métodos pesquisados e sua aceitabilidade, além de dificuldades em relação ao fato de nem todos os homens alcançarem a azoospermia, isto é, não chegarem a um nível indetectável de gametas na contagem de espermatozoides (OUDSHOORN, 2003).

Os primeiros estudos clínicos de contraceptivos masculinos com hormônios que ocorreram a partir da década de 1950, como o já citado teste realizado por Pincus, utilizaram progestinas. Eles demonstraram que tais substâncias tinham a capacidade de diminuir a produção de espermatozoides. Porém, foram interrompidos devido à verificação de efeitos adversos avaliados como inadmissíveis, perda de desejo sexual, problemas de ereção e na produção do líquido seminal, entre outros. Esses hormônios diminuía a concentração de espermatozoides, mas também diminuía a produção de testosterona afetando a função sexual dos homens. A solução então encontrada foi a reposição de testosterona para diminuir as interferências na sexualidade. Assim, em conjunto ao uso da progestina selecionada seria adicionado o uso da testosterona. No entanto, apesar dessa estratégia ter sido bem-sucedida na mitigação dos efeitos adversos, ela complexificou o uso do produto em desenvolvimento uma vez que seriam necessárias duas formas de administração, uma para cada substância, porque

ainda não era possível combinar os dois hormônios em uma única forma farmacêutica. Até então, a maioria das formulações orais de testosterona apresentava baixa biodisponibilidade, gerando necessidade de diversas doses ao longo do dia, ou apresentava toxicidade hepática, por isso, injeções, implantes ou géis transdérmicos foram as formas farmacêuticas utilizadas para o uso seguro e eficaz desse hormônio. Assim, as tecnologias testadas eram administradas em geral através de uma injeção ou implante de testosterona em conjunto a uma pílula de progestina, o que foi avaliado como um revés para a aceitabilidade, uma vez que os futuros usuários poderiam considerar muito complexo duas formas de administração simultaneamente (KOGAN; WALD, 2014; OUDSHOORN, 2003).

Posteriormente, a testosterona também passou a ser testada de forma isolada como substância contraceptiva. Na década de 1970, o National Institute of Health (NIH) realizou estudos clínicos com enantato de testosterona através de injeções intramusculares. A testosterona suprime a secreção do hormônio luteinizante (LH) e do hormônio estimulador do folículo (FSH) da hipófise por meio de *feedback* negativo. Baixas concentrações de LH e FSH privam os testículos dos sinais necessários para a espermatogênese, levando a uma diminuição acentuada da contagem de espermatozoides na maioria dos homens após o período de três ou quatro meses de administração. Porém, como tais pesquisas demonstraram, não são todos os sujeitos que têm esse efeito com o uso da testosterona. Atualmente, sabe-se que tecnologias apenas com esse hormônio têm grande eficácia contraceptiva em asiáticos, mas o mesmo não ocorre com não-asiáticos. Os especialistas afirmam que ainda não há uma explicação exata para tal diferença (AMORY, 2016; PASQUALOTTO ET. AL., 2003; HANDELSMAN, 1991; WANG; FESTIN; SWERDLOFF, 2016).

Pesquisas posteriores indicaram que a adição de um progestágeno à testosterona aumentaria a taxa e a extensão da supressão da espermatogênese. Por conta desses resultados, desde os anos 1980, os estudos realizados são majoritariamente de tecnologias que combinam hormônios. No entanto, o acima citado desafio de combinar dois hormônios em uma única forma de administração ainda não tinha sido resolvido, o que ocorreria somente nos últimos anos (WANG; FESTIN; SWERDLOFF, 2016).

Por todo o exposto, tais estudos com hormônios levados a cabo até a década de 1980 apresentaram como resultado o fato de uma parcela de homens testados não alcançar a azoospermia – nível indetectável de gametas na contagem de espermatozoides. Como, até então, essa era concebida como a única forma de garantir a infertilidade temporária, a viabilidade do uso de hormônios para fins anticoncepcionais em homens foi posta em dúvida. Nesse contexto, uma controvérsia se instaurou no campo, alguns especialistas defendiam que

só seria possível seguir com os estudos de métodos hormonais se o objetivo de uma taxa indetectável de espermatozoides fosse substituído por taxa de baixa concentração, denominada oligospermia. Outros especialistas mantiveram a perspectiva de que apenas a azoospermia seria um requisito para uma contracepção eficaz. Essa última abordagem foi adotada pelo Population Council que, devido à constatação de que não eram todos os homens que alcançavam a condição de azoospermia, abandonou nesse período os estudos com hormônios para contracepção masculina (OUDSHOORN, 2003).

Até esse momento, nenhum teste havia investigado a fertilidade de homens com baixa concentração de espermatozoide, as análises eram feitas por espermogramas e os participantes, que deviam utilizar outros métodos contraceptivos durante todo o período dos estudos, só eram considerados inférteis quando alcançavam níveis indetectáveis de espermatozoides no sêmen. Os testes em larga escala realizados pela OMS ocorreram no contexto dessa controvérsia sobre a necessidade da azoospermia para garantia da infertilidade temporária. O primeiro deles manteve o protocolo de considerar a azoospermia como a garantia da infertilidade. Porém, como já citado, pela primeira vez a eficácia do método testado foi avaliada através da ocorrência de gravidezes. Como a infertilidade era associada à azoospermia, somente os sujeitos que alcançaram participaram da fase de análise da eficácia com a suspensão do uso concomitante de outros métodos contraceptivos. A tecnologia testada foi uma injeção semanal intramuscular de 200 mg de enantato de testosterona e o resultado principal do estudo foi a constatação de que ela não gerava a azoospermia em todos os sujeitos analisados, pois em 30% dos participantes a contagem de espermatozoides não chegou a níveis indetectáveis, apesar de ter descido a níveis bastante baixos. Tal teste ocorreu no final dos anos 1980 e dele participaram 271 homens dispersos em dez centros de pesquisa em sete países na Ásia, Oceania, Europa e América do Norte (HANDELSMAN, 1991; KOGAN; WALD, 2014; PASQUALOTTO ET. AL., 2003; OUDSHOORN, 2003).

Desta forma, assim como testes anteriores, o primeiro estudo em larga escala da OMS chegou a esse impasse da não ocorrência da azoospermia em todos os sujeitos da pesquisa e o segundo teste de larga escala dessa instituição foi realizado justamente para verificar se uma baixa concentração de espermatozoides poderia garantir uma anticoncepção efetiva. A mesma tecnologia foi testada em um maior número de sujeitos, 399 homens, recrutados através de quinze centros de pesquisas localizados em nove países, buscando redefinir o critério para a determinação da infertilidade. A princípio, homens que alcançaram uma quantidade menor do que cinco milhões de espermatozoides por milímetro de sêmen foram liberados para a fase de análise da eficácia das injeções e suspenderam o uso de outros métodos contraceptivos. Devido

à ocorrência de um número de gravidezes maior do que o tolerado pelo protocolo do estudo, houve uma diminuição da contagem de espermatozoides considerada como requisito para iniciar a análise de eficácia da tecnologia. A partir de então, somente aqueles que alcançassem contagem igual ou inferior a três milhões de espermatozoides poderiam suspender o uso de outros métodos (KOGAN; WALD, 2014; OUDSHOORN, 2003).

O objetivo de redefinir o critério de definição da infertilidade masculina foi alcançado, o principal resultado desse segundo estudo foi a definição de que qualquer método que reduzisse a contagem de espermatozoides a esse nível, de três milhões ou menos, poderia ser considerado eficaz. Desta forma, esse segundo estudo foi central para definir a viabilidade do uso de hormônios para contracepção em homens que havia sido posta em xeque com a constatação de que nem todos os sujeitos alcançavam a azoospermia através dessas substâncias. No entanto, é importante ressaltar que uma pequena porcentagem dos homens avaliados nesse segundo estudo, 2%, não chegou a alcançar o nível de oligospermia associado à infertilidade (KOGAN; WALD, 2014; OUDSHOORN, 2003; RINGHEIM, 1996).

Além disso, os pesquisadores envolvidos nesses testes da OMS afirmavam que ainda não estavam analisando um método contraceptivo prático e viável. Devido às já mencionadas dificuldades de administração da testosterona nesse período, foram utilizadas injeções semanais, que não seriam aceitáveis como um produto contraceptivo por conta desse curto espaço de tempo entre as aplicações, mas que serviram para um estudo sobre a eficácia e a segurança dessa substância para contracepção. Porém, mesmo os pesquisadores considerando que não se tratava de um possível produto a ser lançado, parte dos homens envolvidos no segundo teste de larga escala dessa agência multilateral e suas parceiras foram interrogados sobre a aceitabilidade da tecnologia através de grupos focais, entrevistas e questionários. Como resultado, a grande maioria dos homens, 85 %, respondeu preferir o método masculino testado em relação ao método então utilizado no âmbito da relação com a parceira, principalmente se a tecnologia fosse viabilizada no formato de uma injeção trimestral. A busca de dados para legitimar a existência de demanda para contraceptivos masculinos é uma característica desse campo, como já citado (PASQUALOTTO ET. AL., 2003; OUDSHOORN, 2003; RINGHEIM, 1996).

Portanto, esses estudos da OMS foram um marco no campo da contracepção masculina e, mais especificamente, na testagem de métodos hormonais para homens, porque envolveram mais participantes do que os testes até então realizados, foram os primeiros a testar a eficácia através da ocorrência de gravidezes e a capacidade de alcançar a infertilidade através da

oligospermia foi verificada. Contudo, mesmo representando grande avanço para o campo, ainda não eram estudos com uma tecnologia viável para uso (OUDSHOORN, 2003).

Além da dificuldade de recrutamento, os estudos clínicos de tecnologias para contracepção em corpos masculinos enfrentaram problemas com a grande quantidade de desistência ao longo das testagens e o não cumprimento do protocolo por parte dos participantes. Nos anos 1970, pesquisadores relatavam altas taxa de evasão, chegando em alguns casos a alcançar a metade dos envolvidos nos estudos. Também nesse período, um grupo de pesquisa francês chegou a abandonar o trabalho nessa área devido ao não seguimento do protocolo pelos voluntários. Assim, a transformação de homens em participantes disciplinados e confiáveis em testes de contraceptivos também se configurou como um desafio para os atores desse campo (OUDSHOORN, 2003).

A necessidade de garantir a cooperação dos participantes é uma realidade dos estudos clínicos em geral, mas, no caso de tecnologias anticoncepcionais masculinas, havia dificuldades específicas. Como já expresso, os pesquisadores não estavam acostumados a realizar testes na função reprodutiva masculina tal como realizavam na feminina, seja através de estudos relacionados à gravidez, à contracepção, à infertilidade, ao câncer cervical ou de mama. Assim, esses testes de contraceptivos masculinos eram uma novidade, pois não havia uma tradição de homens engajados em estudos relacionados aos seus órgãos reprodutivos. Além disso, a participação em estudos clínicos está muito associada ao interesse nos benefícios da droga ou dispositivo testado. Em um contexto em que já havia tecnologias anticoncepcionais altamente eficazes para mulheres e quando a prática contraceptiva já estava configurada como tarefa e responsabilidade feminina, houve a necessidade de criar estratégias para motivar os homens a se submeterem a protocolos, que envolviam a realização de espermogramas e exames de sangue constantemente, e a aceitarem possíveis efeitos adversos que viessem a experimentar com o objetivo de colaborar para a produção de um novo contraceptivo (OUDSHOORN, 2003).

Uma das estratégias utilizadas pelos pesquisadores foi o engajamento das esposas, noivas e namoradas dos participantes dos estudos para que elas incentivassem seus parceiros e os disciplinassem no cumprimento das regras dos testes. Além disso, elas eram solicitadas para também observarem e relatarem modificações no humor, comportamento e desejo sexual de seus pares que pudessem estar associadas a possíveis efeitos adversos. Esse envolvimento das parceiras se tornou obrigatório a partir do momento em que a eficácia das tecnologias passou a ser testada através da incidência de gravidezes. A partir de então, as mulheres, que poderiam engravidar dos participantes dos estudos clínicos de anticoncepcionais masculinos, tornaram-se necessariamente parte dos testes e devem assinar o termo de consentimento para a sua

participação em conjunto com o homem. Inclusive, nesse contexto, muitos pesquisadores de contracepção masculina chegam a afirmar que o casal, e não o homem individualmente, é o sujeito da pesquisa. Porém, o engajamento das mulheres nos estudos de contraceptivos para homens é anterior ao final da década de 1980, quando ocorreu o primeiro teste em larga escala da OMS, que pela primeira vez testou a eficácia de uma tecnologia masculina através da incidência de gravidezes. Ou seja, mesmo quando os estudos dessas tecnologias previam o uso de um método contraceptivo eficaz durante todo o período da testagem e era a contagem de espermatozoides que definia sua eficácia, as mulheres envolvidas com os participantes eram convidadas pelos pesquisadores para se envolverem porque eram por eles identificadas como aliadas para motivar e garantir que seus parceiros se mantivessem nos testes cumprindo os requisitos necessários. Desta forma, inclusive quando não se previa risco de gravidez para as parceiras sexuais dos homens participantes dos testes, estar em uma relação estável com uma mulher se tornou uma condição tácita para o recrutamento de participantes (OUDSHOORN, 2003).

Pesquisadores da contracepção para homens relatam que, desde os primeiros testes, perceberam o papel central das mulheres como motivadoras da participação de seus parceiros e decidiram explorá-lo. Em muitos casos, eram elas que entravam em contato com a equipe do estudo para demonstrar interesse e obter mais informações. Um grande número de homens declarava que sua participação nos testes foi motivada pela parceira, muitos deles citavam dificuldades que elas enfrentavam com os métodos femininos ou até a impossibilidade de usá-los por questões de saúde (OUDSHOORN, 2003; RINGHEIM, 1996).

Esse papel que as mulheres sempre ocuparam nas testagens de contraceptivos masculinos, independentemente de estarem sujeitas a gravidezes resultantes da tecnologia masculina em teste, está associado a sua responsabilização pelo trabalho contraceptivo consolidada principalmente a partir da disponibilização dos contraceptivos modernos, mas também a outros papéis tradicionalmente ocupados por elas na divisão sexual do trabalho, como o cuidado com a saúde dos membros da família e a responsabilização pelo seguimento adequado de tratamentos por parte dos filhos e parceiros. Consideradas as principais responsáveis por garantir a contracepção do casal, mesmo quando a tecnologia não é por elas utilizadas, elas são acionadas e atuam para motivar a prática contraceptiva, avaliar seus efeitos no corpo do parceiro e garantir que o método anticoncepcional seja usado corretamente quando for o caso. Assim, uma tecnologia que tem o potencial de modificar a divisão sexual do trabalho contraceptivo através da inclusão dos homens tem entre suas estratégias de viabilização o reforço de papéis que associam as mulheres ao trabalho reprodutivo e ao cuidado.

Além do engajamento das parceiras como peças-chave para transformar os homens em participantes motivados e disciplinados, os pesquisadores lançaram mão de outras estratégias. Antes dos testes de larga da OMS, havia uma tendência dos estudos realizados nos EUA e na Europa de recrutar homens com alta escolaridade e pertencentes às camadas médias e altas, mesmo não havendo nos protocolos de recrutamento especificações sobre escolaridade e classe. Tal perfil era então associado pelos pesquisadores a um maior compromisso no seguimento das regras. Nesse sentido, apesar do pagamento pela participação em estudos clínicos estar permitido em alguns países e ser usado como forma de motivar o engajamento, muitos testes de contraceptivos masculinos não lançaram mão desse recurso porque acreditava-se que participantes não pagos seriam mais confiáveis no cumprimento do protocolo. Nesse contexto, até a realização dos testes multicêntricos da OMS, que apresentaram uma maior diversidade entre os participantes, havia uma tendência de estudos clínicos com homens brancos, jovens, altamente escolarizados e pertencentes às camadas altas e médias e uma associação desse perfil a uma maior confiabilidade no seguimento das regras. Tal fenômeno marcou não só os estudos de tecnologias contraceptivas, mas também de outros fármacos. O acesso a exames e a acompanhamento médico foi outro recurso, bastante utilizado nos estudos clínicos em geral, que foi utilizado pelos pesquisadores de contraceptivos masculinos como fonte de motivação para o recrutamento e para a manutenção dos participantes (OUDSHOORN, 2003).

A valorização dos homens envolvidos nos estudos de contraceptivos como altruístas, corajosos e à frente do seu tempo foi outra estratégia usada pelos pesquisadores para motivá-los e garantir a sua permanência. Cartazes e panfletos para divulgar os estudos e recrutar participantes, bem como comunicados à imprensa e artigos científicos ou midiáticos escritos por pesquisadores do campo, costumam apresentar uma imagem positiva dos homens engajados nos testes, retratando-os como dispostos a dividir a responsabilidade da contracepção e a ajudar suas parceiras. Eles são caracterizados e enaltecidos como bons parceiros, cuidadosos e responsáveis. Além disso, são apresentados como inovadores por estarem rompendo com o paradigma da contracepção ser algo da alçada feminina. Oudshoorn (2003) apresenta um exemplo que ilustra muito bem essa tendência: um cartaz usado para convidar voluntários para participarem de um estudo clínico de contraceptivo masculino em Edimburgo no qual há uma imagem de um astronauta segurando uma bandeira e pisando na lua com o título “Primeiro homem na pílula” (*First man in the pill*). Desta forma, o envolvimento na anticoncepção por parte dos homens envolvidos nos testes é retratado positivamente através de características centrais para modelos dominantes de masculinidade como heroísmo, pioneirismo, bravura e coragem e, ao mesmo tempo, é também retratado positivamente através de características que

rompem com tais modelos dominantes de masculinidade, como ser cuidadoso e ter responsabilidade contraceptiva (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017, PEREIRA; AZIZE, 2019b).

Nessa tendência à valorização da cooperação dos homens nos testes de contraceptivos masculinos, algumas publicações científicas referentes a estudos clínicos dessas tecnologias dão créditos aos participantes, ressaltando o seu comprometimento e a sua perseverança em seguir o protocolo, o que é incomum nesse tipo de texto. Na seção de agradecimentos de artigos científicos, convencionalmente, são citadas agências de fomento, empresas farmacêuticas provedoras de insumos para o estudo, assistentes de laboratório, secretários e outros laboratórios responsáveis por realizar algum teste específico no âmbito do estudo descrito. Porém, em alguns artigos no campo dos contraceptivos masculinos, os homens participantes foram incluídos nessa seção de agradecimentos (OUDSHOORN, 2003).

Pode-se afirmar que essas estratégias utilizadas para motivar e disciplinar foram bem-sucedidas, pois as altas taxas de evasão e a falta de comprometimento com as regras do protocolo que marcaram os estudos realizados nos anos 1970 e no começo dos anos 1980 deixaram de ser uma realidade. Os estudos de contraceptivos masculinos chegaram a alcançar, em média, uma taxa de desistência menor do que estudos com tecnologias femininas (OUDSHOORN, 2003). No entanto, apesar da superação desse entrave relacionado à manutenção dos participantes nos estudos clínicos, até hoje, os pesquisadores não conseguiram superar entraves relacionados aos riscos associados às tecnologias em desenvolvimento. A seguir, será apresentado, em linhas gerais, como tais riscos foram se configurando no campo da contracepção masculina.

#### **4.5 Tecnologias inseguras?**

A segurança de qualquer tecnologia biomédica está relacionada à detecção e à avaliação dos efeitos adversos a ela associados. Tais efeitos são assim definidos: "(...) qualquer resposta a um medicamento que seja prejudicial, não intencional, e que ocorra nas doses normalmente utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças, ou para a modificação de uma função fisiológica" (ANVISA, 2003).

Ser um medicamento ou dispositivo seguro não equivale à ausência desses efeitos. Todo medicamento ou dispositivo biomédico tem potencial para apresentar efeitos adversos. O que

caracteriza a segurança desses produtos é a diferença entre a dose que produz eficácia e a dose que produz efeitos adversos graves ou riscos à vida. Quanto maior for essa diferença, maior é a segurança. Existem medicamentos aprovados que possuem uma diferença muito pequena entre a dose eficaz e a dose que apresenta riscos à vida do usuário, porém o seu uso é justificado uma vez que tratam ou amenizam doenças ou condições graves (LYNCH, 2019; MARSH, 2018).

Os efeitos adversos não são propriedades intrínsecas às tecnologias que são identificadas sem ambiguidade. Por exemplo, no âmbito dos estudos clínicos, há um processo de produção de tais efeitos que consiste na seleção daqueles resultados que, dentre os inúmeros sinais produzidos em um experimento, serão considerados efeitos adversos provenientes da tecnologia testada (OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002). Como mencionado no capítulo 2, reações relatadas por mulheres envolvidas no primeiro teste em larga escala da pílula em Porto Rico, como náuseas, dores de cabeça e tontura, foram consideradas efeitos graves o suficiente pela médica responsável pelos testes na periferia de San Juan, Edris Rice-Wray, a ponto dessa profissional recomendar a suspensão do estudo. No entanto, os mesmos efeitos foram analisados por Pincus e Rock como menores em relação aos benefícios da pílula, além de serem caracterizados como de ordem psicossomática e chegaram a ser relacionados por outros membros da equipe à “emotividade” das mulheres porto-riquenhas (MAY, 2010; OUDSHOORN, 1994).

Portanto, cientistas envolvidos nos experimentos, ao se depararem com as incontáveis manifestações provenientes da testagem e dos relatos dos participantes do estudo, devem simplificá-las e analisá-las. Nesse contexto, realizam escolhas conscientes e inconscientes sobre quais dessas manifestações serão consideradas relevantes e quais serão descartadas na avaliação de risco. Contudo, os efeitos adversos não são produzidos apenas por pesquisadores e participantes envolvidos em estudos clínicos, nem são identificados e classificados somente durante as testagens pré-mercado das tecnologias biomédicas, a observação de um efeito e sua transformação em um risco à saúde é fruto de negociações entre atores de uma rede sociotécnica (OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002). Como visto, diversos efeitos adversos de contraceptivos femininos modernos foram identificados e classificados anos após sua aprovação como anticoncepcional. Usuárias desses produtos, seus médicos, bem como movimentos de mulheres, tiveram papel central no reconhecimento de novos efeitos.

Assim, reações adversas a tecnologias biomédicas podem ser produzidas tanto na fase pré-comercialização como na fase pós-mercado do desenvolvimento tecnológico. Tais reações geralmente são configuradas e reguladas através de estudos pré-clínicos e clínicos, estudos

epidemiológicos com usuários e relatos de caso espontâneos, isto é, quando médicos reportam aos órgãos reguladores reações experienciadas por seus pacientes (ABRAHAM; DAVIS, 2009).

Nesta seção, o foco recairá na produção de efeitos adversos no âmbito de estudos clínicos de contraceptivos hormonais masculinos a partir da compreensão de que tais efeitos são co-criados com a tecnologia em desenvolvimento durante as testagens. Essa compreensão não significa negar que as tecnologias experimentadas exerçam efeitos determinados nos organismos, mas sim enfatizar que há uma seleção em relação ao que será legitimado pelo estudo clínico como efeito associado à tecnologia e o que será desconsiderado ou sequer será identificado. Além da seleção de efeitos associados à tecnologia, esses também são classificados em uma escala de gravidade como leves, moderados ou graves (OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Como mencionado, pequenos estudos clínicos de tecnologias hormonais para contracepção masculina já ocorriam desde os anos 1950. Desta forma, enquanto os estudos clínicos de contraceptivos modernos femininos duraram, em média, quinze anos, há mais de meio século ocorrem estudos com hormônios para contracepção masculina e nenhum produto foi lançado. À primeira vista, seria possível supor que o maior tempo de estudo de uma tecnologia estaria associado a uma simplificação dos indicadores analisados nas testagens através da sua definição e estabilização pelos pesquisadores, que ao longo dos anos teriam estabelecido consensos sobre o que deve ser levado em consideração para a avaliação de segurança da tecnologia em teste. Contudo, o caso dos contraceptivos hormonais masculinos demonstra como um período extenso de testagem não se relaciona necessariamente à viabilização de uma tecnologia, nem à simplificação e à estabilização dos parâmetros usados nos estudos clínicos. Ao longo dos anos, o uso de hormônios para contracepção em homens foi sendo associado a novos riscos à saúde e novos indicadores foram sendo incorporados aos estudos clínicos, aumentando os requisitos para que a tecnologia em teste fosse avaliada como segura e complexificando tais estudos. Além disso, muitos especialistas argumentam que é mais difícil estabelecer a segurança de tecnologias anticoncepcionais para homens porque eles seguem férteis pelo resto da vida, logo, o uso de contraceptivos por eles pode ocorrer por um período muito mais longo do que o uso pelas mulheres, que deixam de ser férteis na menopausa (OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Em 1958, foi publicado no *Annals of the New York Academy of Sciences* um artigo sobre um dos primeiros estudos clínicos buscando analisar os efeitos de compostos hormonais na função reprodutiva dos homens. Não era um estudo voltado para a contracepção, mas se tornou

uma referência para pesquisas de anticoncepcionais hormonais masculinos. Nele, os pesquisadores listaram dez indicadores para avaliar os efeitos dos hormônios testados nos participantes do estudo: 1) contagem de espermatozoides; 2) tamanho testicular; 3) tamanho dos seios; 4) desejo sexual; 5) capacidade de ereção; 6) padrão de excreção hormonal; 7) mobilidade dos espermatozoides; 8) morfologia testicular; 9) peso corporal; 10) bem-estar emocional. Como resultado desse estudo foi relatado que os homens testados tiveram a produção de espermatozoides zerada, perderam o desejo sexual, tiveram dificuldades de ereção e na produção seminal. A partir de então, a interferência dos hormônios na função sexual se consolidou como uma questão central no campo da contracepção masculina (OUDSHOORN, 2003).

A esses dez indicadores utilizados para analisar os efeitos dos hormônios na função reprodutiva dos homens nos anos 1950, foram sendo acrescentados outros como: função renal; função hepática; pressão sanguínea; acne; oleosidade da pele; tamanho da próstata; crescimento de pelos; sensibilidade testicular; sinais vitais; metabolismo da glicose; questões hematológicas; eletrólitos séricos. Oudshoorn (2003) destaca que, em vinte anos, dos anos 1950 aos anos 1970, dobrou o número de indicadores usados para analisar a segurança dos hormônios nos estudos de anticoncepcionais masculinos.

Tal proliferação de indicadores a serem avaliados e de riscos associados aos hormônios não foi consequência apenas de resultados produzidos em estudos clínicos anteriores no campo da contracepção, nem representa necessariamente preocupações dos pesquisadores envolvidos nas testagens. Por exemplo, somente em meados dos anos 1980, os contraceptivos masculinos foram associados a riscos em relação a doenças cardiovasculares e tal associação ocorreu devido a fenômenos externos ao campo da contracepção. Principalmente nos EUA, nessa década, as doenças cardiovasculares passaram a receber muita atenção, sendo reconhecidas como grandes ameaças que deveriam ser prevenidas e combatidas, especialmente em relação à saúde dos homens, pois eles são, em geral, mais acometidos por elas (RISKA, 2000). Campanhas, políticas e programas voltados para essas enfermidades foram lançados e o aumento da vigilância sobre elas influenciou também os estudos clínicos de contraceptivos masculinos (OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Desde o final dos anos 1950, a interferência dos androgênios sobre os lipídios era conhecida e, inclusive, já havia sido reportada em estudos clínicos de contraceptivos masculinos na década de 1970. Até então, essa interferência não havia sido configurada em termos de riscos para a saúde dos usuários desses contraceptivos. Porém, nos anos 1980, nesse contexto em que as doenças cardiovasculares foram configuradas como uma questão central para a saúde

pública, artigos científicos associaram alterações nos lipídios plasmáticos a efeitos prejudiciais ao sistema cardiovascular e tais substâncias passaram a receber maior atenção. A partir de então, a avaliação dos efeitos dos hormônios testados sobre os lipídios passou a ser incluída nos estudos clínicos de contraceptivos masculinos. A interferência dos hormônios sobre os lipídios deixou de ser um fenômeno descartado no âmbito de estudos clínicos de contraceptivos masculinos para se configurar como um dos principais indicadores da segurança dessas tecnologias, associando-as ao risco de doenças cardiovasculares. Essa transformação não foi fruto de evidências científicas produzidas através de testagens de contraceptivos masculinos, mas sim fruto de uma demanda externa ao campo da contracepção. Com o recrudescimento do cuidado em relação às doenças cardiovasculares, instaurou-se um maior controle sobre as taxas de lipídios no sangue, o que implicou na necessidade de incluir a medição de tais taxas nos estudos de contraceptivos masculinos (OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Em entrevista concedida a Nelly Oudshoorn em 1994, William Bremner, endocrinologista e pesquisador no campo da contracepção masculina, comenta sobre a pressão externa para a inclusão da medição dos lipídios como indicador nos estudos de contraceptivos masculinos. Em sua fala, ele menciona o Programa Nacional de Educação de Lipídios (*National Lipid Education Program*), programa criado pelo governo estadunidense para informar à população sobre formas de redução dos riscos de doenças cardiovasculares:

Tem havido muita atenção para medir os lipídios. Desde o Programa Nacional de Educação de Lipídios, há muitos exames em andamento e todos estão atentos ao seu colesterol. Com esse tipo de programa nacional em andamento e a preocupação com os lipídios em geral, qualquer coisa que os afete negativamente, qualquer medicamento, qualquer anticoncepcional, mesmo que não haja evidência de que realmente tenha algum impacto, é suspeito. Nós nos sentimos obrigados a medir os lipídios... Mesmo com o significado clínico disso sendo desconhecido, com a sensibilização nacional e a sensibilização dos grupos de financiamento, o pensamento geral é que será inaceitável se houver qualquer efeito no colesterol bom (OUDSHOORN, 2003, p. 95, tradução minha<sup>75</sup>).

O aumento da agressividade é mais um risco que passou a ser associado ao uso de hormônios para a contracepção masculina como consequência de demandas externas ao campo da anticoncepção. No começo dos anos 1990, diante de denúncias de abuso no uso de esteroides anabolizantes por esportistas e outros profissionais, houve muita atenção midiática sobre esse

---

<sup>75</sup> No original: “There has been a lot of attention paid to measuring lipids. Since the National Lipid Education Program there is a lot of screening going on and everyone is aware of their cholesterol. With this sort of national program going on and an awareness of lipids in general, anything that affects it adversely, any medication, any contraceptive, even though there is no evidence that it really does have any impact, is suspect. We felt obliged to measure lipids... Even though the clinical significance of that is unknown, with the national awareness and the awareness by funding groups, the general thought is that that is going to be unacceptable if there is any effect on good cholesterol.”

tema e um aumento da preocupação sobre os efeitos adversos de androgênios sobre a saúde dos usuários. Nesse contexto, a influência desses hormônios sobre alterações no humor, mais especificamente sobre a agressividade, tornou-se uma pauta do debate público e, conseqüentemente, passou a ser avaliada nos estudos clínicos de contraceptivos hormonais para homens (OUDSHOORN, 2003).

Outros riscos, por sua vez, foram associados aos contraceptivos hormonais masculinos a partir de pesquisas no campo da saúde reprodutiva ou, mais especificamente no próprio campo da contracepção. Na década de 1980, especialistas na área da reprodução associaram o risco de câncer de próstata ao uso prolongado da testosterona. Nessa mesma década, o risco de eventos tromboembólicos foi vinculado às tecnologias contraceptivas hormonais masculinas em teste a partir da associação desses riscos a contraceptivos hormonais femininos disponíveis no mercado. Denúncias de médicos, usuárias e ativistas feministas sobre uma possível relação entre contraceptivos hormonais femininos em circulação e o aumento do risco de trombose levaram à inclusão da análise desse risco, através da mensuração de fatores de coagulação sanguínea, no campo da contracepção feminina, mas também no da contracepção masculina. Apesar de que, desde meados dos anos 1970, já houvesse artigos associando esse risco a anticoncepcionais hormonais para mulheres, somente na década seguinte, essa relação ganhou relevância na opinião pública. Como as pesquisas de contracepção hormonal para homens utilizavam alguns hormônios usados nos contraceptivos hormonais femininos, a mensuração de fatores de coagulação passou a ser incluída na década de 1980 (OUDSHOORN, 2003).

Essa ampliação dos indicadores avaliados nos estudos de contraceptivos hormonais masculinos ao longo do tempo levou também a um aumento dos especialistas neles engajados e dos exames praticados. Por exemplo, a partir do momento em que o risco de trombose passou a ser associado ao uso de hormônios em homens nos anos 1980, os estudos passaram a requerer especialistas em coagulação sanguínea que antes não estavam incluídos nesses estudos. Da mesma forma, a inclusão do risco de câncer de próstata levou à incorporação de testes de toque retal e o risco de doenças coronárias levou à inserção da avaliação química dos lipídios. Desse modo, com o passar dos anos, para levar a cabo um estudo clínico desse tipo de tecnologia, tornaram-se necessários o recrutamento e a coordenação de especialistas e laboratórios de áreas diversas (OUDSHOORN, 2003).

Como mencionado, a organização de estudos clínicos de contraceptivos masculinos foi marcada por diversos entraves como a dificuldade para recrutar e manter os participantes, a falta de especialistas e de infraestrutura para a realização de testes de larga escala e preocupações éticas em relação à possibilidade de gravidez das parceiras sexuais dos

participantes dos estudos. Tais entraves fizeram com que o intervalo entre a realização dos estudos de fase I e os estudos de fase II fosse muito longo. Nos estudos de outras tecnologias biomédicas, em média, o intervalo entre essas fases é de três ou quatro anos, no caso dos anticoncepcionais masculinos, foi de mais de dez anos (OUDSHOORN, 2003).

Oudshoorn (2003) argumenta que essa demora para a viabilização dos estudos de fase II prejudicou muito o campo da contracepção masculina, desestabilizando-o. No período que passou entre os estudos de fase I e os de fase II, dois novos riscos, doenças cardiovasculares e aumento do comportamento agressivo, foram associados aos compostos hormonais testados por meio de mudanças externas ao campo da contracepção. Além disso, pesquisas na área da reprodução humana também associaram tais compostos a dois novos riscos, trombose e câncer de próstata.

Como já expresso, desde os primeiros estudos de contraceptivos masculinos, interferências dos hormônios sobre a função sexual dos usuários já tinham sido relatadas em pesquisas anteriores na área da reprodução e receberam muita atenção. O problema do uso de progestinas para gerar infertilidade temporária consistia no fato de que tais substâncias atuavam diminuindo a produção testicular de testosterona, hormônio central para a produção dos gametas, mas também para a função sexual. Contudo, tal problema foi solucionado já no início da década de 1970 através da reposição de testosterona como solução para impedir impactos na função sexual. Mesmo com a reposição de testosterona sendo considerada, por meio de estudos clínicos, eficaz para impedir prejuízos à função sexual masculina, até hoje, prevalece um temor no capô da contracepção masculina em relação aos efeitos dos hormônios sobre a sexualidade dos usuários (OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Nesse contexto, enquanto os efeitos adversos dos compostos hormonais usados sobre a função sexual masculina diminuía ao longo dos anos de testagens, a sexualidade foi ganhando cada vez mais importância na configuração dos estudos clínicos e ganhando lugar de destaque nos relatórios e artigos com seus resultados. Nos testes realizados, entre os anos 1950 e os anos 1970, a avaliação de possíveis efeitos adversos relacionados à função sexual era feita, em geral, apenas através de pequenas entrevistas com os participantes. Porém, a partir dos anos 1980, a forma de coleta de dados sobre a função sexual dos participantes foi modificada através da adoção de questionários extensos. Oudshoorn (2003) cita um estudo clínico que possuía um checklist de problemas sexuais que deveria ser respondido a cada duas semanas pelos participantes durante os quinze meses de testagem, outro que incluía uma avaliação diária da sexualidade, além do primeiro estudo multicêntrico da OMS que, através de um questionário, monitorava trinta indicadores relacionados a desejos, sentimentos e comportamentos sexuais.

Inclusive, os resultados desse último questionário foram publicados em um periódico científico separado dos resultados biomédicos do estudo multicêntrico.

Essa transformação e intensificação na coleta de dados sobre a função sexual alterou significativamente o peso da sexualidade nos relatórios dos ensaios clínicos, enfatizando-a. Desta forma, os estudos clínicos de contraceptivos masculinos hormonais levados a cabo nos anos 1980 apresentavam como resultado poucos efeitos adversos na função sexual masculina, mas, ao mesmo tempo, o uso dos questionários padronizados sobre alterações na função sexual levou a uma situação em que a interferência dos hormônios sobre a sexualidade tornou-se mais articulada do que em estudos prévios. Os questionários tiveram como consequência uma maior visibilidade dos efeitos adversos nesse âmbito (OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Essa ênfase na sexualidade masculina nos estudos clínicos contrasta com a ausência de estudos sobre o impacto dos contraceptivos modernos sobre a sexualidade feminina nas primeiras décadas após o lançamento da pílula anticoncepcional. Desde a introdução dessa tecnologia nos anos 1960, usuárias reclamavam da perda de desejo sexual, mas tal queixa somente foi monitorada, avaliada e comprovada através de estudos nos anos 1990, quando pesquisas sobre a influência dos contraceptivos hormonais em diversos aspectos da sexualidade feminina começaram a ser realizadas (OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

A partir dos anos 1980, estudos de aceitabilidade dos contraceptivos masculinos hormonais em desenvolvimento passaram a ser realizados com os participantes dos estudos clínicos e levaram à inclusão de cientistas sociais no rol de especialistas recrutados para testar tais tecnologias. A OMS foi a primeira a realizar estudos de aceitabilidade no âmbito dos seus dois estudos em larga escala já citados. Nos estudos de aceitabilidade, as interferências dos hormônios sobre a sexualidade também receberam destaque. Assim, os efeitos dos hormônios na função sexual masculina que, até então, eram configurados e analisados somente em termos de efeitos adversos e riscos, passaram também a ser critérios para avaliar a aceitabilidade dos contraceptivos. Na década de 1980, a não interferência sobre a potência e a libido foi consolidada como requisito para a aceitabilidade das tecnologias em desenvolvimento. Além disso, a partir de meados dos anos 1990, questionários sobre aceitabilidade passaram a ser realizados também com as parceiras dos participantes como uma nova forma de monitorar alterações na sexualidade e no humor deles (OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Tal como ocorreu com a sexualidade, com o passar dos anos, as interferências dos contraceptivos masculinos testados sobre o bem-estar dos participantes ganharam maior relevância através do uso de questionários extensivos. Até os anos 1970, em alguns estudos clínicos, o bem-estar emocional ou reclamações de ordem psicológica já constavam como indicadores para a avaliação de efeitos adversos dos contraceptivos testados, mas eram monitorados principalmente a partir de dados coletados por entrevistas breves com os participantes. A partir dos anos 1980, testes psicométricos e questionários extensivos passaram a ser aplicados como ferramentas para monitorar alterações no humor, nas emoções e na personalidade dos participantes, tendo igualmente como consequência um aumento na visibilidade dos efeitos adversos nesse âmbito (OUDSHOORN, 2003).

A lista dos testes efetuados nos dois primeiros estudos multicêntricos da OMS ilustra tanto a multiplicação de indicadores e riscos em relação às primeiras décadas de testagem como o foco na sexualidade e no bem-estar dos usuários: 1) análise do sêmen (concentração, mobilidade e forma dos espermatozoides); 2) análise de parâmetros bioquímicos; 3) análise de parâmetros hematológicos; 4) análise dos hormônios no sangue e no sêmen; 5) análise da urina; 6) análise do colesterol; 7) análise da pressão sanguínea; 8) análise da função hepática; 9) análise da ocorrência de acne; 10) análise da ocorrência de ginecomastia; 10) exames físicos (incluindo o toque retal, pesagem corporal e medição do tamanho testicular); 11) questionários padronizados e grupos focais para analisar a aceitabilidade, alterações na função sexual e alterações no humor (OUDSHOORN, 2003).

Em contraste com a testagem de contraceptivos masculinos, décadas após o lançamento da pílula anticoncepcional, no começo dos anos 1990, ainda eram praticamente inexistentes as informações produzidas sobre o impacto dos contraceptivos modernos no bem-estar geral das usuárias. Pesquisas sobre os efeitos dos contraceptivos hormonais na saúde mental e na sexualidade das mulheres passaram a ser realizadas principalmente devido a reivindicações de ativistas. Desta forma, enquanto no campo da contracepção hormonal masculina foram os próprios pesquisadores envolvidos nos estudos clínicos que levaram esses aspectos em consideração e representaram os interesses de futuros usuários, no campo da contracepção feminina, as mulheres tiveram que se organizar através de movimentos sociais para reivindicar que as perspectivas e interesses das usuárias fossem incorporadas aos estudos clínicos, o que passou a ocorrer somente a partir dos anos 1990 (VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Por exemplo, quando o já citado implante Norplant, lançado em 1982 pelo Population Council, foi aprovado para ser lançado na Finlândia em 1983, tal aprovação foi baseada em dados que focavam na eficácia do dispositivo, na taxa de continuidade do seu uso pelas

participantes dos estudos e nas razões para os casos de descontinuidade, enquanto questões associadas à segurança, efeitos adversos e aceitabilidade não foram enfatizadas. Esse dispositivo foi autorizado na década de 1980 em diversos países sem que nenhum estudo sobre seus efeitos na função sexual das mulheres fosse realizado. Diversos estudos pós-mercado identificaram efeitos adversos associados ao Norplant que prejudicavam profundamente o bem-estar das usuárias, como irregularidades menstruais, tontura e dor de cabeça. Tais efeitos foram apontados como as principais causas para a retirada do implante, mas durante os estudos clínicos pré-mercado não foram considerados relevantes por não apresentarem risco de morte (VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Em resposta a essa abordagem, ilustrada pelo caso do Norplant, de priorização da eficácia das tecnologias contraceptivas baseada na lógica do controle populacional, ativistas pela saúde da mulher e feministas reivindicaram que as perspectivas e experiências das usuárias deveriam ser levadas em consideração no desenvolvimento dessas tecnologias e demandaram a realização de mais pesquisas sobre as usuárias e as não usuárias, com ênfase nos impactos sobre a sua sexualidade. Tal reivindicação ganhou força no contexto dos debates e resoluções da já citada Conferência do Cairo em 1994 (VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Por todo o exposto, em comparação ao campo da contracepção feminina, historicamente, no campo da contracepção masculina, houve uma maior consideração das perspectivas e interesses de homens leigos, sejam participantes dos estudos ou aqueles considerados como possíveis futuros usuários. Nesse contexto, mesmo efeitos adversos que não são considerados relevantes pelos pesquisadores são levados em consideração (VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002). Em entrevista a Nelly Oudshoorn, outro especialista em contracepção masculina falando sobre a interferência dos hormônios sobre os lipídios ilustra esse tratamento: “É uma preocupação, não acho que seja um grande problema. Enquanto for uma preocupação para alguém ou muitas pessoas, será uma preocupação para nós” (OUDSHOORN, 2003, p. 96, tradução minha<sup>76</sup>).

Fica evidente a disparidade no tratamento dado a efeitos adversos de contraceptivos femininos e efeitos adversos de contraceptivos masculinos hormonais em desenvolvimento. Como visto no capítulo II, a história dos contraceptivos modernos é marcada por tragédias relacionadas a questões de segurança de várias dessas tecnologias que foram configuradas como ferramentas de controle populacional. A ênfase na eficácia desses anticoncepcionais colocou os efeitos adversos por eles gerados em segundo plano e tais efeitos são os principais motivos

---

<sup>76</sup> No original: “It's a concern, I don't think it's that much of a problem. As long as it is a concern to somebody or a lot of folks, it's going to be a concern to us”.

declarados por usuárias para a descontinuação do uso (VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002). Já a história do desenvolvimento de contraceptivos hormonais masculinos é marcada por uma baixa tolerância a efeitos adversos, mesmo em relação àqueles que não são considerados graves.

Como acima citado, nos anos 1960, após o lançamento da pílula, houve um incremento das regras para a liberação de fármacos em reação a casos de produtos aprovados que tinham gerado sérios danos à saúde ou até levado à morte de usuários. A própria pílula foi um dos casos motivadores para a transformação da regulamentação. Uma vez que os estudos de larga escala de contraceptivos hormonais para homens só foram viabilizados na década de 1980, tais estudos foram configurados segundo regras mais rigorosas do que aquelas que possibilitaram a autorização da pílula. Contudo, tal recrudescimento das normas para avaliar a segurança de fármacos não impediu a aprovação de tecnologias hormonais para mulheres como os citados Depo-Provera e Norplant, que são associados a efeitos adversos como depressão, irregularidades menstruais, alterações no peso e alterações no desejo sexual.

Os problemas de segurança dos contraceptivos femininos também impactaram o campo da contracepção masculina. Desde o final dos anos 1960, qualquer estudo com hormônios era afetado pelas controvérsias relacionadas à pílula. Além disso, a tragédia do Dalkon Shield, a retirada do mercado de outros contraceptivos por questões de segurança e o grande número de processos movidos por usuárias para compensar danos sofridos pelo uso de determinado anticoncepcional configuraram essas tecnologias como perigosas, de risco. Em resposta a esse cenário e às reivindicações por anticoncepcionais mais seguros, parâmetros de segurança mais rigorosos foram implementados nos estudos de contraceptivos hormonais para homens (OUDSHOORN, 2003). Porém, novamente cabe ressaltar que novas tecnologias contraceptivas para mulheres foram lançadas mesmo com os impactos dos problemas de segurança de anticoncepcionais no mercado sobre os parâmetros de segurança adotados em seus testes.

Oudshoorn (2003) cita um especialista que fala que não temos um novo contraceptivo masculino disponível por uma questão de *timing* ruim, no sentido de que se tecnologias desenvolvidas nos anos 1980 tivessem sido disponibilizadas antes, elas poderiam ter sido aprovadas pelas regulamentações menos rigorosas de então e já estariam em uso. Nesse mesmo sentido, muitos apontam que os resultados dos estudos clínicos da primeira pílula anticoncepcional não seriam aprovados atualmente. De fato, o grande lapso de tempo que transcorreu entre os primeiros estudos clínicos de contraceptivos hormonais até a realização dos estudos de larga escala impactou o campo da contracepção para homens e tem que ser levado em consideração para responder por que até hoje não temos um contraceptivo masculino

equivalente à pílula. Contudo, o recrudescimento das normas de segurança para a aprovação de um fármaco e os efeitos negativos dos problemas de segurança dos primeiros anticoncepcionais modernos afetaram o campo da contraceção como um todo, impactando também o desenvolvimento de novos anticoncepcionais para mulheres. Se a baixa tolerância a efeitos adversos que marca o campo da contraceção masculina fosse apenas reflexo desses padrões mais rigorosos em relação à segurança de fármacos, fenômeno semelhante teria ocorrido no desenvolvimento de contraceptivos para mulheres, mas não foi isso que aconteceu. Como citado, no caso do Norplant, tontura, dor de cabeça e irregularidades menstruais não foram considerados efeitos relevantes nos estudos clínicos por não serem considerados graves nem apresentarem risco de morte.

A questão central é que as noções de segurança do campo da contraceção são generificadas. Elas refletem e materializam a centralidade da sexualidade para a identidade masculina, a maior medicalização do corpo reprodutivo feminino e a responsabilização das mulheres pela contraceção e por tudo o que diz respeito à reprodução. Assim, a saúde e o bem-estar dos homens foram mais protegidos. Como exposto no começo deste capítulo, a avaliação de risco que predominou no campo da contraceção ilustra essa generificação das noções de segurança mobilizadas. O modelo de avaliação de risco que prevaleceu no campo da contraceção subestima os efeitos adversos para as mulheres e os superestima para os homens. Adotou-se um modelo que ignora o caráter relacional de uma gestação e foca apenas no usuário do contraceptivo, tanto no campo da contraceção masculina como no campo da contraceção feminina. Contudo, para as mulheres, a gravidez entra na equação de avaliação de risco e para os homens não. Assim, para elas, os riscos associados à tecnologia testada são contrapostos a riscos relacionados a uma gravidez e, para eles, a gravidez que ocorre no corpo da pessoa por eles fecundada é ignorada e os efeitos adversos da tecnologia testada são contrapostos à condição de um homem saudável, sendo superestimados (CAMPELIA et al., 2020; OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

No contexto das políticas de controle populacional, atores do campo da contraceção e do planejamento familiar defendiam que os riscos dos anticoncepcionais deveriam ser avaliados em relação aos riscos de uma gravidez não prevista e essa abordagem prevalece no campo da contraceção feminina até a atualidade. Como visto, o objetivo neomalthusiano era diminuir o crescimento da população através da difusão de tecnologias contraceptivas. A partir dessa abordagem, a eficácia em prevenir gravidezes ganhou destaque na avaliação de risco das tecnologias contraceptivas femininas (VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

A segurança dos contraceptivos em teste poderia ter sido comparada e avaliada a partir da segurança de outras tecnologias contraceptivas já disponíveis. Por exemplo, a segurança da pílula poderia ter sido analisada em contraposição à segurança de diafragmas, capuzes cervicais, preservativos masculinos e/ou DIUs. Porém, ao estabelecer-se a gravidez como parâmetro para a avaliação de risco, permitiu-se que somente aqueles efeitos graves ou que levassem a risco de morte fossem considerados, pois, uma vez que a gestação está associada à mortalidade materna, uma tecnologia que a evita pode ter efeitos adversos sérios e, mesmo assim, ser considerada segura por evitar uma condição que apresenta tal risco à vida. A partir dessa abordagem, os métodos de barreira, como o preservativo e o diafragma, não são considerados necessariamente mais seguros do que os métodos hormonais, já que a sua menor eficácia aumenta o risco de gravidez. Além disso, através desse método de avaliação de risco, prevê-se que onde a mortalidade materna é maior, a tolerância aos efeitos adversos deve aumentar. Desta forma, mulheres de países mais pobres, que em geral apresentam maiores taxas de mortalidade materna, são penalizadas, pois pressupõe-se que deveriam aceitar riscos maiores das tecnologias para prevenção de gravidez (VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Apesar do poder que atores do controle populacional tiveram no campo da contracepção, sua abordagem da segurança dos contraceptivos enfocando a eficácia em prevenir gravidezes ficou restrita às tecnologias para as mulheres e não foi implantada no campo da contracepção para homens. O objetivo de diminuir o crescimento da população através do foco na eficácia na prevenção de gravidezes encontrou como barreira a maior proteção do corpo masculino no campo da contracepção.

A divisão dos riscos e das responsabilidades da contracepção com a parceira foi utilizado como argumento para recrutar voluntários para participar de estudos clínicos e, de modo mais geral, para legitimar a necessidade de contraceptivos masculinos. No entanto, o compartilhamento dos riscos da contracepção não foi incluído no modelo de avaliação adotado no campo da contracepção masculina. Nele, a baixa tolerância aos efeitos adversos e sua superestimação a partir da avaliação de risco adotada levaram a uma expectativa inalcançável de risco zero (OUDSHOORN, 2003; VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

A avaliação de risco adotada para contraceptivos femininos foi contestada por movimentos de mulheres desde os anos 1980, no contexto das reivindicações por anticoncepcionais mais seguros. Denunciavam a associação da eficácia da tecnologia com a sua segurança e propunham um modelo de avaliação mais centrado na saúde reprodutiva e que levasse em conta as experiências das usuárias de anticoncepcionais e seu bem-estar. Defendiam uma metodologia de avaliação de risco que comparasse os contraceptivos em teste com aqueles

já disponíveis no mercado e não com os riscos de uma gravidez. Apesar desses questionamentos, a contraposição aos riscos de uma gravidez se mantém no campo da contraceção feminina (VAN KAMEEN; OUDSHOORN, 2002).

Atualmente, atores do campo da contraceção masculina, como a ONG Male Contraceptive Initiative e alguns especialistas da área, também questionam o modelo de avaliação de risco vigente e propõem uma nova abordagem nomeada “risco compartilhado” (*shared risk*). Em artigo publicado em 2020, no periódico científico *Contraception*, ela é assim apresentada:

eticamente, essa mudança pode ser fundamentada na ética do cuidado, que conceitua os seres humanos como indiscutivelmente interdependentes e interconectados. Conceituar o risco para um parceiro sexual é inextricavelmente ligado aos riscos do outro. Chamamos isso de “risco compartilhado”. O risco compartilhado é definido como a soma dos riscos para ambos os membros de uma díade sexual associados ao uso de anticoncepcionais por qualquer um ou ambos os membros, e é comparado ao risco de gravidez indesejada para a díade como um todo (CAMPELIA et al., 2020, p. 68, tradução minha<sup>77</sup>).

Ou seja, propõem uma substituição do modelo individual de avaliação de risco até então utilizado para uma abordagem relacional que enfoque o casal. Desta forma, uma mesma abordagem seria adotada para contraceptivos masculinos e femininos e ela levaria em conta os riscos de uma gravidez para o par:

Por exemplo, considere uma parceria sexual que depende principalmente de um contraceptivo hormonal combinado. Se o risco de morte por tromboembolismo associado ao uso de anticoncepcional hormonal combinado é de 7,5 mortes em um milhão de usuáries-ano, então o risco de morte por tromboembolismo para cada indivíduo do par seria 7,5 mortes em um milhão de díades sexuais (efetivamente dois milhões de pessoas-ano). Usando este paradigma de “risco compartilhado”, se o risco de morte pelo uso de um novo contraceptivo masculino for inferior a 7,5 mortes por um milhão de usuáries-ano, o risco seria realmente menor do que o risco compartilhado no caso da parceira do sexo feminino usar um contraceptivo hormonal combinado. Se o risco de morte por um contraceptivo masculino de longa duração for tão baixo quanto um em dez milhões, o risco de morte por contraceção ou gravidez acumulado para a díade da contraceção seria reduzido em 99%. Tal contraceptivo masculino, mesmo associado a um risco de morte baixo, mas diferente de zero, parece ser fortemente favorecido de uma perspectiva de “risco compartilhado” sobre o uso de um anticoncepcional hormonal combinado em um casal que deseja evitar uma gravidez (CAMPELIA et al., 2020, p. 68, tradução minha<sup>78</sup>).

---

<sup>77</sup> No original: “Ethically, this shift can be grounded in care ethics, which conceptualizes humans as unassailably interdependent and interconnected. Conceptualizing risk to one sexual partner is inextricably linked to the risks of another. We call this “shared risk.” Shared risk is defined as the sum of the risks to both members of a sexual dyad associated with contraceptive use by either or both members, and is compared to the risk of unintended pregnancy to the dyad as a whole.”

<sup>78</sup> No original: “For example, consider a sexual partnership that primarily relies on a combined hormonal contraceptive. If the risk of death from thromboembolism associated with the use of a combined hormonal contraceptive is 7.5 deaths in one million users-years, then the risk of death from thromboembolism to either individual would be 7.5 deaths in one million sexual dyads (effectively two million person years). Using this paradigm of ‘shared risk’, if the risk of death from use of a novel male contraceptive were less than 7.5 deaths per one million user-years, the ‘shared risk’ would actually be lower than the shared risk where the female partner used a combined hormonal contraceptive. If the risk

Os atores desse artigo reconhecem que pode ser considerado eticamente complexo ponderar riscos de um fenômeno, a gravidez, que não ocorre no corpo dos usuários de contraceptivos masculinos para avaliar a segurança dessas tecnologias. Porém, argumentam que essa abordagem é conhecida e utilizada em outras áreas da biomedicina. Citam o caso das vacinas em que pequenos danos a um indivíduo são aceitos em prol de benefícios para ele próprio, mas também para outros membros da sociedade, além da doação de órgãos quando realizada por indivíduos em vida, que supõe a aceitação de significativos riscos para um indivíduo em benefício de outro. Os autores ressaltam, porém, que diferentemente do caso de doação de órgãos, em que o doador não tem responsabilidade nem dever em relação à saúde do indivíduo que receberá o órgão, atuando por altruísmo, no caso dos contraceptivos masculinos, os homens têm responsabilidade pela prevenção de gravidezes (CAMPELIA et al., 2020).

Além desses exemplos citados no artigo, há casos no campo da reprodução em que uma mulher passa por procedimentos invasivos e com riscos significativos para solucionar condições que não dizem respeito a sua saúde especificamente. O uso da fertilização in vitro (FIV) para solucionar problemas de infertilidade masculina e as cirurgias fetais para a prevenção de problemas congênitos em fetos. Tais procedimentos foram considerados bem-vindos e avanços na biomedicina, não havendo questionamentos expressivos sobre o fato das mulheres que os realizam estarem se submetendo a riscos para solucionar condições de parceiros ou fetos (PLOEG, 1998). Ou seja, a proposta de que um indivíduo se submeta a riscos por condições que ocorrem em outros corpos não é algo inédito na biomedicina. Quando se trata de mulheres submetidas a riscos no contexto da reprodução relacionados à infertilidade de seus parceiros ou a doenças dos fetos que gestam, tal deslocamento dos riscos envolvidos para um indivíduo saudável não é tão contestado.

Não é possível prever se tal proposta de mudança na avaliação de risco dos contraceptivos masculinos terá êxito. As críticas de movimentos de mulheres até hoje não se materializaram em formas hegemônicas para análise da segurança dos contraceptivos femininos. Porém, se a abordagem do risco compartilhado passar a ser adotada, representará um grande avanço para o desenvolvimento de anticoncepcionais para homens, uma vez que a avaliação de risco até então preponderante é uma barreira para a sua viabilização.

---

of death from a long-acting male contraceptive were as low as one in ten million, the risk of death from contraception or pregnancy that accrued to the dyad from contraception would be reduced by 99%. Such a male contraceptive, even one associated with a low but non-zero risk of death, would seem to be strongly favored from a 'shared risk' perspective over the use of a combined hormonal contraceptive in a couple desiring to prevent an unintended pregnancy".

Cabe ressaltar que a manutenção dessa avaliação de risco que superestima os efeitos adversos nas tecnologias voltadas para homens está sendo cada mais denunciada. Além dos atores do campo da contracepção no sentido estrito, o questionamento sobre a forma como os riscos de contraceptivos para homens são analisados alcançou o debate público principalmente com a divulgação, em 2016, da suspensão, devido aos efeitos adversos aferidos, de mais um estudo clínico multicêntrico realizado pela OMS com tecnologia hormonal para a contracepção masculina (PEREIRA, 2017).

Tal estudo foi iniciado em 2008 com a aplicação, a cada oito semanas, de uma injeção de 200 mg da progestina Norethisterone com 1g de testosterona sintética em 320 participantes. Foi constatada eficácia contraceptiva equivalente a 96%, mas os testes foram suspensos em 2011 devido à indicação de duas comissões externas de segurança que acompanhavam o estudo. A justificativa para a interrupção foi a verificação dos seguintes efeitos adversos: acne, alterações emocionais e distúrbios sexuais – perda ou aumento da libido (BEHRE, 2016; PEREIRA, 2017).

O cancelamento desse estudo passou a ser questionado pelo público em geral somente em 2016 devido à publicação de um artigo científico apresentando seus resultados no *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* (BEHRE, 2016). Tais resultados, com ênfase na alta taxa de eficácia e nos motivos para a suspensão dos testes, foram replicados por meios de comunicação de massa internacionalmente e passaram a ser problematizados tanto por jornalistas como por leigos:

Figura 1 Matéria do El País

The screenshot shows the top portion of a news article on the El País website. At the top, the 'EL PAÍS' logo is centered. Below it, the word 'Ciência' is written in a bold, black font. To the right of 'Ciência', there is a horizontal line with several small, light-colored text links: 'CORONAVÍRUS', 'PESQUISAS MÉDICAS', 'ASTRONOMIA', 'ASTROFÍSICA', and 'ARQUEOLOGIA'. Below this, the article title 'Por que ainda não temos uma pílula masculina' is displayed in a large, bold, black font. Underneath the title, a sub-headline reads: 'Um estudo sobre a eficácia de um método contraceptivo para homens foi suspenso por efeitos colaterais'. Below the sub-headline, there is a horizontal line. Underneath this line, the text 'THE CONVERSATION' and 'ADAM WATKINS' is visible, followed by the date '12 NOV 2016 - 13:36 BRST'. Below the date, there are social media icons for Twitter, Facebook, and LinkedIn. To the left of the main text area, there is a photograph of a blister pack containing several small, round, light-colored pills. To the right of the photograph, there is a 'NEWSLETTERS' section with a checkbox and the text 'Receba o boletim do EL PAÍS América'. Below this, there is a section titled 'O MAIS VISTO' with a list item '1. A pílula mais engraçada da história e os'.

Fonte: El País. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2016/11/10/ciencia/1478768514\\_580072.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/11/10/ciencia/1478768514_580072.html)  
 Último acesso: 30 out. 2022.

A matéria do *El País* acima reproduzida começa relatando os resultados do estudo suspenso:

Um estudo recente que analisava a eficácia de uma injeção contraceptiva masculina foi suspenso depois que os homens participantes notificaram uma maior incidência de acne (quase a metade deles), transtornos no estado de ânimo (mais de um quinto) e um aumento da libido (mais de um terço). Havia 320 homens no estudo... e foram notificados, no total, 1.491 acontecimentos adversos. Os supervisores do ensaio consideraram que esses efeitos secundários eram mais importantes que o fato de que, aparentemente, a injeção contraceptiva funcionasse bem na hora de reduzir a produção de esperma (e os testes parecem confirmar suas inquietações) (WATKINS, 2016).

Já no segundo parágrafo, o jornalista apresenta uma comparação dos efeitos que serviram como justificativa para a suspensão do teste com os efeitos adversos associados à pílula feminina:

No entanto, muitas mulheres terão a impressão de que esses efeitos secundários parecem pouco importantes se comparados com os da pílula anticoncepcional feminina (e tampouco lhes faltará razão). Alguns deles são mesmo: ansiedade, aumento de peso, náuseas, cefaleia, diminuição da libido e coágulos sanguíneos. Os que nos leva à pergunta: por que é tão difícil fabricar um contraceptivo masculino? E se ele foi deixado de lado por seus efeitos secundários, a pílula anticoncepcional feminina teria chegado a ser comercializada se fosse inventada na atualidade? (WATKINS, 2016).

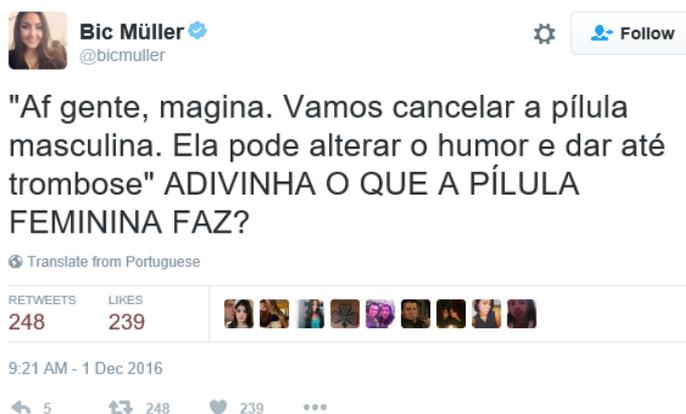
No contexto nacional, a divulgação de textos similares nos meios de comunicação, fez com que o tema ganhasse repercussão também nas redes sociais, configurando-se como uma polêmica. Instaurou-se o debate sobre por que efeitos, vivenciados há muitas décadas por várias usuárias de contraceptivos hormonais, são impeditivos quando se trata de corpos masculinos.

Figura 2 Tweet Petiscos sobre cancelamento do estudo clínico da OMS



Fonte: *Twitter*. Disponível em: <https://twitter.com/Petiscos>. Último acesso em: 24/12/2016

Figura 3 Tweet Bic Muller sobre cancelamento do estudo clínico da OMS



Fonte: Twitter. Disponível em: <https://twitter.com/bicmuller>. Último acesso em: 24/12/2016.

A partir dessa controvérsia sobre o desfecho do último estudo clínico multicêntrico de tecnologia hormonal realizado pela OMS é possível apontar permanências e mudanças no campo da contraceção masculina na última década. Por um lado, concepções generificadas de segurança seguem sendo entraves para o lançamento de um novo anticoncepcional masculino. Porém, por outro lado, vemos uma crítica a tais concepções generificadas por parte de atores engajados no desenvolvimento dessas tecnologias, mas também por leigos.

Até aqui, foram apontados atores relevantes para o campo da contraceção masculina, a partir de meados do século passado, e certos aspectos do trabalho por eles realizado para a viabilização de novos contraceptivos para homens, com ênfase em como lidaram com os obstáculos acima citado. De onde veio o financiamento para pesquisa e desenvolvimento dessas tecnologias, diante da relativa ausência da indústria farmacêutica, e como os estudos clínicos foram organizados, em linhas gerais, diante da relativa falta de especialistas e infraestrutura para testes na função reprodutiva masculina e da dificuldade para o recrutamento de voluntários e sua transformação em participantes disciplinados, foram os focos. Na próxima seção, será abordado mais um aspecto central do trabalho para a viabilização de contraceptivos para homens: a construção da aceitabilidade dessas tecnologias. Uma vez que a anticoncepção foi materializada como prática e responsabilidade feminina, principalmente a partir da hegemonia alcançada pelos contraceptivos modernos, a construção do homem como sujeito da contraceção se tornou um trabalho necessário para os atores do campo da contraceção masculina.

#### 4.6 A construção do homem como sujeito da contracepção

Além de investimento, especialistas, técnicas, conhecimento e infraestrutura, a viabilidade de qualquer tecnologia depende da construção de demanda. Essa construção de demanda se refere à criação de aceitação social para o produto em sentido amplo, mas um dos seus aspectos principais é a criação dos usuários. No processo de pesquisa e desenvolvimento de tecnologias, não se trata de conceber, produzir e testar um produto e depois criar a demanda para ele através de estudos de mercado, de propaganda e de marketing. Durante sua concepção e desenvolvimento, as preferências, os gostos, as competências e as motivações dos futuros usuários são definidas e materializadas na divulgação, no design e no funcionamento dos aparatos. Madeleine Akrich e Bruno Latour criaram o conceito de roteiro para caracterizar como as tecnologias condicionam ações e relações dos seus usuários e dos demais atores que interagem com elas. Indicam que, como os roteiros de filmes ou peças de teatro, toda tecnologia possui um roteiro que guia a ação dos atores que com ela interagem (OUDSHOORN, 2003; OUDSHOORN; PINCH, 2003).

Desta forma, os usuários não entram em cena apenas quando a tecnologia já está disponível para o consumo: concepções de possíveis usuários atuam em todas as etapas da inovação tecnológica moldando os artefatos. Há a antecipação das identidades dos futuros consumidores em termos de gênero, orientação sexual, classe, raça, gostos, habilidades, necessidades e preferências. Nesse sentido, Latour e Woolgar (1997) afirmam que pesquisadores e engenheiros produzem tanto os usuários como os contextos de uso das tecnologias que desenvolvem, sendo essa uma etapa integrada no processo de desenvolvimento tecnológico. Caso a construção dos usuários seja malsucedida, a tecnologia não será viável, pois sem tecnologia não há usuário, mas sem usuário tampouco há tecnologia. A noção de co-construção entre tecnologias e usuários será aqui adotada para dar conta desse fenômeno de que as tecnologias simultaneamente moldam e são moldadas pelos usuários – sejam usuários de fato, aqueles que consomem a tecnologia, ou planejados, isto é, aqueles que são definidos como possíveis usuários (OUDSHOORN, 2003; OUDSHOORN; PINCH, 2003).

No entanto, é necessário fazer a ressalva de que a noção de que as tecnologias possuem um roteiro, para indicar como elas condicionam ações e identidades dos usuários, não pode ser compreendida a partir de uma abordagem de determinismo tecnológico. Há um roteiro materializado na configuração, no funcionamento e na divulgação dos produtos, mas os

usuários e outros atores que se relacionam com um determinado produto podem resistir a esse roteiro e modificá-lo de diversas maneiras. Os usuários são um grupo social relevante e possuem certa liberdade em relação aos condicionamentos impostos pelo roteiro tecnológico, podendo contrariar as noções de uso ideal de tal roteiro. Por exemplo, há inúmeros casos de tecnologias que foram criadas para um determinado grupo social e terminaram sendo utilizadas por outro ou que foram criadas com um objetivo e foram utilizadas de formas distintas por usuários. Assim, o processo de co-construção entre tecnologia e usuários é ininterrupto, no sentido de que ocorre durante todas as etapas da vida social de um artefato (OUDSHOORN; PINCH, 2003).

Nesse processo de co-construção entre tecnologias e usuários, o gênero pode ser uma categoria fundamental para a definição dos futuros consumidores. Por isso, desde os anos 1990, autoras feministas apontam para a importância de analisá-lo no processo de inovação científica. Elas estenderam o conceito de roteiro para incluir os aspectos de gênero, utilizando a noção de um roteiro de gênero inerente às tecnologias. A partir dessa abordagem, os produtos são encarados como projetos de identidade no sentido de que são objetos que podem estabilizar ou desestabilizar modelos dominantes de masculinidade e feminilidade. Portanto, como já mencionado, o desenvolvimento tecnológico depende do ajuste mútuo entre performances de gênero e os fatos e artefatos criados. Quando um produto em desenvolvimento vai de encontro a modelos dominantes de performances masculinas e femininas, o trabalho para a construção dos seus usuários é mais desafiador do que o de tecnologias que preveem e produzem performances hegemônicas. A produção dos contraceptivos modernos ilustra muito bem isso, pois, uma vez que essas tecnologias materializaram a contracepção como prática e responsabilidade das mulheres, indo ao encontro da associação delas com tudo o que diz respeito ao trabalho reprodutivo, a produção de contraceptivos para homens, ao desafiar a noção de que a contracepção é algo da esfera do feminino, passou a ter a sua viabilização condicionada à subversão dessa noção e à construção positiva do homem como realizador da contracepção. Assim, os atores do campo da contracepção masculina realizam um trabalho de produção de uma masculinidade em que a contracepção seja incluída também como tarefa e responsabilidade dos homens (OUDSHOORN, 2003; OUDSHOORN; PINCH, 2003; PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019b). Nas palavras de Oudshoorn (2003): “No desenvolvimento de novas tecnologias contraceptivas para homens, a construção de masculinidades está na vanguarda do

design. A inovação tecnológica torna-se assim um processo de design de tecnologia e masculinidade (OUDSHOORN, 2003, p. 16, tradução minha<sup>79</sup>).

É importante destacar que diversos atores se envolvem direta ou indiretamente na viabilização das tecnologias e na concepção dos usuários. O processo de co-construção entre tecnologias e usuários não é levado a cabo apenas por cientistas que estão desenvolvendo os produtos e pelo grupo designado como futuros usuários. Por exemplo, grupos definidos como não usuários, movimentos sociais, ONGs, grupos de pacientes, governos, Estados, mídia, especialistas, organizações públicas multilaterais, entre outros, atuam na construção da viabilidade de tecnologias e na concepção dos seus usuários, de forma negativa ou positiva (OUDSHOORN; PINCH, 2003). Aqui, o foco recairá justamente sobre como atores importantes para o campo da contraceção para homens atuaram na construção do usuário de uma pílula masculina. Como estamos lidando com tecnologias ainda em desenvolvimento, só é possível analisarmos as concepções dos usuários que guiam tal desenvolvimento, não sendo possível prever se elas serão ratificadas totalmente ou em parte ou subvertidas caso algum contraceptivo para homens finalmente seja lançado.

#### 4.6.1 Feminismos e a inclusão dos homens na contraceção

Como visto, principalmente em reação aos efeitos adversos e aos riscos associados ao uso dos primeiros contraceptivos modernos, grupos feministas passaram a defender o compartilhamento de tais riscos e da responsabilidade pela contraceção com os homens. Assim, passaram a reivindicar a produção de novos anticoncepcionais masculinos e a denunciar como sexista a postura de empresas farmacêuticas e de pesquisadores envolvidos na produção de anticoncepcionais. Tais denúncias tiveram repercussão e foram contestadas por pesquisadores. Em geral, elas eram desqualificadas através do uso da justificativa fisiológica, isto é, os especialistas negavam que se tratava de sexismo e argumentavam que as diferenças fisiológicas dos corpos masculinos e femininos eram o verdadeiro motivo para só termos contraceptivos modernos para mulheres.

---

<sup>79</sup> No original: “In the development of new contraceptive technologies for men, the construction of masculinities is at the forefront of the design. Technological innovation thus becomes a process of designing technology and masculinity”

O artigo “*Contraceptive Research: a male chauvinist plot?*” (Pesquisa Contraceptiva: uma trama machista?) de Sheldon Segal, publicado em 1972 no periódico científico *Family Planning Perspectives* (Perspectivas do Planejamento Familiar), tem como objetivo justamente desmentir essa denúncia feminista. Nele, o autor afirma:

Quais são os fatos sobre a pesquisa de contraceptivos masculinos? O fracasso até agora em encontrar um novo método masculino comparável à pílula é indicativo de desinteresse masculino no bem-estar das mulheres? Eu não acho. Certamente o extraordinário aumento de operações de vasectomia na última década e a maior disposição dos médicos em realizar tais esterilizações contraceptivas indicaria uma tendência oposta (SEGAL, 1972, p. 21, tradução minha<sup>80</sup>).

E, adiante, lança mão do argumento da dificuldade fisiológica para se contrapor às críticas feministas: “Mesmo as forças da libertação das mulheres não podem mudar o fato de que as analogias reprodutivas entre macho e fêmea terminam com o transporte de espermatozoides e de óvulos, e que todos os eventos potencialmente sujeitos à interferência controlada ocorrem apenas na fêmea (SEGAL, 1972, p. 22, tradução minha<sup>81</sup>).

Mesmo suas críticas sendo muitas vezes desqualificadas, esse exemplo ilustra o papel que feministas conquistaram no campo da contracepção. Seus questionamentos passaram a ser incluídos na produção científica. No entanto, a reivindicação de novos contraceptivos para homens não era uma pauta unânime, como já mencionado. Alguns grupos feministas consideravam que a participação masculina em temas como a contracepção e o aborto, em contextos de relações de desiguais entre os gêneros, poderiam fortalecer o poder masculino sobre o corpo das mulheres e levar a uma perda, em certo sentido, da autonomia delas sobre seus corpos. No contexto estadunidense, a perspectiva da necessidade de compartilhamento do fardo da contracepção com os homens foi adotada principalmente por feministas liberais, enquanto a perspectiva de que os contraceptivos masculinos representariam uma ameaça ao controle feminino da sua própria fertilidade foi adotada principalmente por feministas radicais (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019b). Essa divergência sobre a inclusão dos homens na contracepção faz parte de uma controvérsia maior sobre o conceito de direitos reprodutivos, que será exposta em linhas gerais na próxima subseção.

---

<sup>80</sup> No original: “What are the facts about male contraceptive research? Is the failure thus far to find a new male method comparable to the pill indicative of male disinterest in women's well-being? I don't think so. Certainly the extraordinary increase in vasectomy operations in the last decade and the increased willingness of doctors to perform such contraceptive sterilizations would indicate an opposite trend. Then why have we not developed a good new male method?”

<sup>81</sup> No original: “Even the forces of women's liberation cannot change the fact that the reproductive analogies between male and female end with sperm transport and egg transport, and that all subsequent events potentially subject to controlled interference occur only in the female”.

#### 4.6.1.1 Direitos reprodutivos em disputa

Os direitos reprodutivos são resultado de lutas pelos direitos humanos e pela cidadania e, mais especificamente, pelos direitos das mulheres. A já citada Conferência do Cairo, ocorrida em 1994, é considerada um marco para a sua legitimação e promoção. Como visto, nela, ocorreu uma mudança de paradigma em relação às conferências sobre população anteriores, através da adoção de uma abordagem dos direitos humanos. O foco no planejamento familiar foi deslocado pelo foco nos direitos reprodutivos, isto é, a ideia de que o Estado deveria intervir nas decisões reprodutivas dos indivíduos foi substituída pela perspectiva de que é dever do Estado garantir acesso à saúde reprodutiva e reconhecer que tal área da vida compete somente aos sujeitos envolvidos. Cairo marcou, em certo sentido, a oficialização desses direitos devido ao poder legitimador e prescritor de uma conferência da ONU, mas a ideia de direitos reprodutivos tem uma longa história e sua elaboração não pode ser dissociada dos movimentos feministas (CORREA; ALVES; JANNUZZI, 2003).

Nesse sentido, Corrêa, Alves e Jannuzi (2003) apontam que a Conferência do Cairo realizou uma tradução de aspirações de movimentos de mulheres que remontam ao século XIX e que se fortaleceram bastante na década de 1970, com a consolidação da pauta do direito de escolha nos assuntos reprodutivos e sexuais. Inclusive, o conceito de direitos reprodutivos foi apresentado, dez anos antes do Cairo, em um encontro internacional feminista ocorrido em Amsterdã, o *International Women's Health Meeting* (Encontro Internacional de Saúde da Mulher). Segundo Corrêa (1999), nesse encontro, a noção de direitos reprodutivos foi defendida como adequada aos propósitos do movimento.

Logo, a Conferência do Cairo foi a culminação de debates feministas e de outros grupos – como defensores dos direitos humanos e movimentos ligados ao campo da saúde – que se contrapunham às políticas controlistas neomalthusianas. Nela, os direitos reprodutivos foram assim definidos:

(...) direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também o seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (...) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1994, parágrafo 7.3).

Apesar da concepção dos direitos reprodutivos como direitos humanos, “de todo casal e todo indivíduo”, a condição das mulheres foi destacada. A desigualdade de gênero foi pautada na Conferência, sendo a busca por igualdade e equidade entre homens e mulheres um dos seus princípios ordenadores. No quarto capítulo do Programa de Ação da Conferência do Cairo, intitulado “Igualdade e equidade entre os gêneros e empowerment entre homens e mulheres” afirma-se que:

O empoderamento e a autonomia da mulher e a melhoria de seu status político, social e econômico são, em si mesmos, um fim de alta importância. Além de ser essencial à realização de um desenvolvimento sustentável. Plena participação e parceria tanto da mulher quanto do homem são necessárias à vida produtiva e reprodutiva, inclusive a partilha das responsabilidades no cuidado e alimentação dos filhos e na manutenção da família. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1994, Capítulo IV, 4.1).

Nesse contexto de defesa da igualdade e equidade entre os gêneros, a necessidade de mudanças comportamentais por parte dos homens foi pautada. Assim, a importância de uma maior participação masculina na vida familiar e no campo da saúde reprodutiva foi reivindicada no Cairo (ARILHA et al., 1998).

Esforços especiais devem ser realizados para enfatizar a responsabilidade partilhada do homem e promover seu ativo envolvimento na paternidade responsável, no comportamento sexual e reprodutivo, inclusive o planejamento familiar; em cuidados pré-natais, maternos e infantis; na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV; na prevenção de gravidezes não desejadas e de alto risco; na contribuição partilhada para a renda familiar e seu controle; na educação, saúde e alimentação dos filhos e no reconhecimento e promoção de igual valor de filhos de ambos os sexos. As responsabilidades masculinas na vida de família devem ser incluídas na educação dos filhos desde a infância. Ênfase especial deve ser posta na prevenção da violência com mulheres e crianças. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1994, Capítulo IV, 4.27).

Desta forma, o Programa de Ação da Conferência se alinhou, em grande medida, a perspectivas feministas progressas em relação aos direitos reprodutivos. Porém, ao mesmo tempo, nele havia a ênfase nesses direitos como direitos humanos, sem distinção entre homens e mulheres, e isso provocou uma crítica por parte de alguns grupos feministas. Em geral, os movimentos feministas associam os direitos reprodutivos às mulheres, já que, historicamente, muitas das violações a esses direitos são indissociáveis das relações de poder entre homens e mulheres. Por isso, grupos feministas problematizaram essa concepção dos direitos reprodutivos como direitos humanos universais e igualitários, defendendo que tais direitos não podem ser dissociados dos contextos políticos e sociais de desigualdade entre os gêneros (CORRÊA; PETCHESKY, 1998)

A universalidade e a igualdade dos direitos reprodutivos, tal como apareceu no Cairo, foi contestada por grupos feministas que recusavam uma equivalência entre direitos reprodutivos para homens e para mulheres. Tais grupos argumentavam que essa perspectiva universalista e igualitária, ao declarar, por exemplo, que todos os indivíduos têm direito a

decidir livremente sobre o número de filhos, apresentava como risco a interpretação de que homens e mulheres teriam os mesmos direitos em relação a uma gestação (CORRÊA; PETCHESKY, 1998).

Por que deveriam os homens e as mulheres terem os mesmos direitos quanto à reprodução quando são as mulheres que ficam grávidas e, na maioria das sociedades, são as responsáveis diretas pela educação das crianças e uma vez que um número crescente de mulheres o fazem sem nenhuma ajuda dos parceiros? (Corrêa; Petchesky, 1998, p. 165).

Tratando especificamente da contracepção, Corrêa e Petchesky (1998) reconhecem que a concepção universalista e igualitária dos direitos reprodutivos exigiria uma divisão dos riscos e benefícios dos contraceptivos entre mulheres e homens, levando a programas de planejamento familiar que promovessem a participação e a responsabilidade masculina, bem como à produção de novos contraceptivos para homens. No entanto, fazem a ressalva de que, ao mesmo tempo em que muitas mulheres se sentem injustiçadas por terem que bancar a contracepção sozinhas, outras sentem a necessidade de preservar o seu controle sobre a contracepção. As autoras argumentam que a relutância dessas mulheres em passar a responsabilidade da contracepção para os homens “tem sua origem no reconhecimento dos ‘poderes’ que operam contra a possibilidade da igualdade entre os gêneros no âmbito das políticas reprodutivas e de saúde” (CORRÊA; PETCHESKY, 1998, p. 166).

Por todo o exposto, a concepção apresentada no Cairo do indivíduo ou do casal como sujeito dos direitos reprodutivos foi contestada por feministas e tal controvérsia, que ficou conhecida como o debate da igualdade versus diferença, influenciou o campo da contracepção masculina. Como consequência das críticas apresentadas à concepção universalista e igualitária dos direitos reprodutivos, defensores da inclusão dos homens no planejamento familiar em geral e, mais especificamente, atores envolvidos na viabilização de novos anticoncepcionais masculinos, tiveram que conciliar a inserção dos homens na contracepção com o respeito à autonomia das mulheres para evitar tais críticas feministas (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017, 2019b).

#### 4.6.2 Homens como parceiros

Com esse objetivo de conciliar o engajamento dos homens na contracepção com o respeito à autonomia das mulheres, as noções de “responsabilidade masculina” ou “envolvimento masculino” foram abandonadas no campo do planejamento familiar e da

contracepção masculina, sendo trocadas pela noção de “homens como parceiros”, no final do século passado. Ou seja, a inclusão dos homens foi configurada a partir de uma perspectiva relacional e não individual. O foco foi posto na saúde e nos direitos reprodutivos das mulheres, já que representações dos homens a partir de discursos sobre autonomia e controle sobre a própria fertilidade, como tendo os mesmos direitos que elas em relação à contracepção, encontravam então bastante resistência (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019b).

No entanto, a concepção do homem como parceiro não foi fruto apenas dessa restrição, ela também foi forjada a partir das experiências dos especialistas do campo. Como mencionado previamente, pesquisadores envolvidos em testes de contraceptivos masculinos identificaram que as mulheres cumpriam um papel central na motivação dos homens para se engajarem na contracepção e, mais especificamente, participarem dos estudos clínicos. Uma das justificativas recorrentes entre os participantes desses estudos para o seu engajamento era o fato de suas companheiras não se adaptarem aos contraceptivos disponíveis no mercado ou terem problemas de saúde que impossibilitavam o uso de tais tecnologias. A partir dessas experiências, a concepção do usuário de uma pílula masculina como um homem que busca ajudar a sua companheira foi forjada e incentivada no campo da contracepção masculina.

Desta forma, diante da necessidade de romper com a noção de que a prática contraceptiva não era algo masculino, o argumento de que os homens deveriam ajudar suas companheiras e liberá-las dos problemas associados aos anticoncepcionais femininos foi central. Ele torna a participação masculina na contracepção como algo altruísta e uma prática de bons parceiros, de parceiros cuidadosos, apresentando-a de forma positiva. Além de ser um argumento com potencial para incentivar o engajamento masculina, ele atinge também um grupo de não-usuárias relevantes, as mulheres que podem ser diretamente impactadas pelo uso de contraceptivos por parte de parceiros com quem têm relações sexuais (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019b).

Para construir a aceitabilidade de anticoncepcionais masculinos por parte das parceiras sexuais dos futuros usuários, foi central esse argumento do homem como parceiro em contextos de relações estáveis. Diante do questionamento sobre a confiança das mulheres nos homens para deixarem que eles realizassem a contracepção, atores do campo da contracepção masculina ressaltavam que tal confiança existiria em relações estáveis de longo prazo. Desta forma, homens engajados em relações heterossexuais estáveis se tornaram os usuários ideais das tecnologias contraceptivas masculinas em desenvolvimento, enquanto homens solteiros, não monogâmicos, não heterossexuais, foram, em geral, excluídos dos discursos sobre essas

tecnologias ou caracterizados como não usuários (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019b).

Portanto, tal definição do usuário foi forjada para criar a aceitabilidade de homens e mulheres, sendo também fruto das limitações impostas à ideia de um usuário sujeito de direitos reprodutivos, buscando autonomia sobre a própria fertilidade. É importante ressaltar que tal restrição foi uma marca dos discursos oficiais, pois Oudshoorn (2003) indica que havia uma certa distância entre discurso e prática. Essa autora aponta que muitas clínicas de planejamento familiar que buscavam incluir os homens atuavam a partir de uma concepção mais individualista desses pacientes em contraposição ao discurso dominante que priorizava os homens a partir da sua relação com as mulheres.

Contudo, é necessário ressaltar que, no trabalho de configuração dos usuários de contraceptivos masculinos, pesquisadores e agências de fomento também lançaram mão de símbolos associados a modelos dominantes de masculinidade. Como visto nas estratégias utilizadas para o recrutamento de participantes para os estudos clínicos, os homens engajados em tais testes e, de forma mais geral, aqueles definidos como os futuros usuários de uma pílula masculina, são apresentados e enaltecidos como pioneiros, aventureiros, corajosos, destemidos, heróis. Portanto, a viabilidade de contraceptivos masculinos é construída também a partir da associação dessas tecnologias a valores centrais para modelos dominantes de masculinidade. Os contraceptivos masculinos em desenvolvimento apresentam como roteiro de gênero uma masculinidade marcada pelo pioneirismo, pela coragem, pelo heroísmo, pela falta de medo, pelo gosto por aventuras, assim como associada à parceria com a companheira, o cuidado com ela e a partilha do trabalho e dos riscos da contracepção. Ou seja, o trabalho de viabilização de contraceptivos para homens simultaneamente promove certos aspectos de modelos dominantes de masculinidade e subverte outros.

Como já descrito os dois primeiros estudos multicêntricos da OMS apresentaram esse homem parceiro, cuidadoso, engajado em um relacionamento heterossexual estável, corajoso e pioneiro como o futuro usuário ideal das tecnologias em teste. Porém, na divulgação midiática desses estudos, alguns jornalistas não legitimaram a existência desse homem, questionando a demanda para uma pílula masculina como será exposto na próxima seção.

#### 4.6.3 A grande mídia e a inclusão dos homens na contracepção

Pensando a grande mídia como “uma agência importante e ágil no processo de construção de fatos sociais” (MAKSUD, 2008, p. 663), é necessário reconhecer o seu papel não somente como simples divulgadora, mas como ator relevante na construção da viabilidade de tecnologias. Logo, a maneira como ela apresenta os contraceptivos masculinos em desenvolvimento e o seu público-alvo, os homens usuários, é muito relevante para a viabilização dessas tecnologias.

Segundo Citelli (2001), a literatura que trata das relações entre os meios de comunicação de massa e os cientistas aponta para uma certa imunidade dada a esses últimos pelos jornalistas. Diferentemente do que acontece com os políticos ou outros tipos de fonte, que têm as suas declarações conferidas antes da publicação, os cientistas têm a sua autoridade reconhecida e suas afirmações, em geral, são consideradas como verdadeiras. O jornalista, ao contrário do que faz com outros informantes, tende a não questionar e busca reproduzir de forma simplificada para o público o que ouviu desses especialistas. No entanto, no caso dos contraceptivos masculinos, essa tendência não foi verificada no final do século passado, pois a autoridade científica foi posta em segundo plano diante do questionamento por parte de jornalistas da viabilidade de produtos que transformam os corpos dos homens em locais de contracepção sujeitos aos riscos de tecnologias anticoncepcionais (OUDSHOORN, 2003; PEREIRA, 2017, 2019).

Oudshoorn (2003) analisou como foi feita a divulgação dos resultados dos dois primeiros estudos multicêntricos da OMS pela imprensa holandesa e inglesa no final dos anos 1990. Ao noticiar tais estudos, os jornalistas desses países, em geral, mostraram-se reticentes em relação à aceitabilidade de uma injeção hormonal para homens. Enfatizaram que as mulheres não iriam confiar nos homens para realizarem a contracepção e que eles, por sua vez, não usariam o produto devido aos efeitos adversos. Assim, mesmo com resultados considerados positivos pela OMS, no seu comunicado à imprensa referente a esses estudos, jornalistas apresentaram as tecnologias em desenvolvimento como improváveis e os homens como não dispostos a se exporem aos efeitos adversos, destacando sua recusa em relação a qualquer interferência na virilidade e no desejo sexual.

É interessante perceber que, ao mesmo tempo em que os meios de comunicação de massa foram de extrema importância para a viabilização de contraceptivos masculinos nesse período por terem sido utilizados como intermediários para o recrutamento de voluntários para

a realização dos estudos clínicos, eles também atuaram de forma desfavorável ao apresentarem um contraceptivo masculino hormonal em forma de injeção como uma tecnologia inviável. Ao argumentar que os homens não usariam tal injeção e nem as mulheres confiariam neles para realizarem a contracepção, a grande mídia de então questionava, mesmo que não intencionalmente, a existência do usuário construído pelos especialistas da contracepção masculina, o homem parceiro e cuidadoso engajado em uma relação heterossexual monogâmica e séria que compartilharia o trabalho e os riscos da contracepção.

Esse exemplo da grande mídia questionando a aceitabilidade da injeção hormonal, tal como definida e propagada por pesquisadores e fomentadores da contracepção masculina, ilustra mais um entrave para a viabilização de novos anticoncepcionais para homens: a dificuldade de transformar os homens em sujeitos da contracepção. Apesar do trabalho de configuração dos usuários de contraceptivos masculinos, realizado durante os estudos clínicos, no seu recrutamento e na sua divulgação, o homem parceiro e cuidadoso que se engaja na contracepção para ajudar sua companheira não encontrou nesse período reverberação na grande mídia, um ator central para a configuração de identidades e comportamentos do público em geral. Pode-se dizer então, que tal construção do usuário foi bem-sucedida no âmbito das testagens, mas não teve o mesmo êxito fora dele. O necessário ajuste mútuo entre performances de gênero e tecnologias em desenvolvimento não tinha se concretizado.

Essa realidade mudou na atualidade, pois há uma maior convergência entre os discursos da mídia e de pesquisadores e instituições fomentadoras do campo da contracepção masculina. A ausência de efeitos adversos, a segurança e a aceitabilidade das tecnologias anticoncepcionais em desenvolvimento tal como apontadas pelos cientistas são, em geral, reproduzidas nos textos e vídeos midiáticos sem maiores problematizações. Questionamentos sobre a confiança das mulheres nos homens para realizarem a contracepção e sobre a adesão deles a tais tecnologias seguem presentes, mas, frequentemente, especialistas são citados para corroborar que, principalmente mulheres e homens engajados em relações monogâmicas e estáveis, desejam um novo anticoncepcional masculino (PEREIRA, 2017). Essa mudança é fruto do trabalho de pesquisadores e fomentadores de contraceptivos masculinos, mas reflete principalmente transformações nas relações de gênero e na divisão sexual do trabalho, marcadas por um relativo aumento da participação masculina no trabalho reprodutivo.

Além dessa mudança na postura da grande mídia, também é possível verificar uma expansão, na última década, do perfil dos usuários de contraceptivos masculinos realizada por alguns atores do campo da contracepção para homens. Se antes, somente aqueles engajados em relacionamentos estáveis com mulheres eram contemplados, agora, os solteiros passaram a ser

incluídos e até priorizados na configuração dos futuros usuários de uma pílula masculina (PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019b).

#### 4.6.4 Autonomia reprodutiva para todos

A partir da pesquisa sobre o trabalho de viabilização de contraceptivos masculinos pela ONG estadunidense Male Contraceptive Initiative (MCI) que realizei durante o mestrado, foi possível observar um alargamento da concepção dos futuros usuários dessas tecnologias em relação ao cenário do final do século passado descrito por Oudshoorn (2003). Essa ONG foi fundada em 2014, em Durham, Carolina do Norte, e tem como objetivo a inclusão dos homens na contracepção através do fomento ao desenvolvimento de anticoncepcionais não hormonais. Além de financiar alguns contraceptivos não hormonais em desenvolvimento, através de arrecadação de doação, atua divulgando diversos outros projetos de métodos não hormonais e busca conscientizar o público sobre a importância e a necessidade da inclusão dos homens na contracepção, produzindo campanhas e uma grande quantidade de material de divulgação (PEREIRA, 2017, PEREIRA; AZIZE, 2019a, 2019b).

Em sua atuação, a MCI apresenta como usuários de contraceptivos masculinos qualquer homem com a motivação de controlar a própria fertilidade e/ou dividir as responsabilidades e riscos da contracepção, independentemente do tipo de relação que mantenha com sua (s) parceira (s) sexual (is). O homem jovem de classe média ou alta que possui planos educacionais, profissionais e financeiros, pensado individualmente, independentemente de estar em uma relação fixa, e que busca adiar a paternidade é concebido pela ONG como o usuário ideal dessas tecnologias em desenvolvimento. As constantes referências às interrupções e aos prejuízos que uma gravidez não planejada poderia causar nos projetos profissionais, acadêmicos ou financeiros indicam o pertencimento de classe desses usuários e a menção a uma mudança cultural favorável à participação masculina na contracepção, associada a uma mudança geracional, marca o caráter etário dos mesmos. Os trechos abaixo, retirados do blog presente em seu site, ilustram como a argumentação dessa organização se afasta da necessidade de incluir os homens como parceiros a partir de um foco na saúde e nos direitos reprodutivos femininos:

(...) se há uma gravidez, o homem não tem controle sobre o seu resultado, então os homens podem acabar tornando-se pais quando sentem fortemente que não estão preparados (MALE CONTRACEPTIVE INITIATIVE, tradução minha<sup>82</sup>).

Se uma gravidez ocorrer – não intencional por parte de ambos os pais ou quando a mulher para de realizar a contracepção sem avisar ao parceiro – os homens não têm nenhum recurso. Eles não podem mandar essa mulher realizar um aborto. E eu não penso que isto deveria ser permitido a ele. Meu ponto, porém, é que, apesar da falta de boas opções contraceptivas e independentemente das condições sob as quais a gravidez ocorreu, os homens serão responsáveis social e financeiramente por qualquer criança que eles procriem. Em certo sentido, me parece injusto responsabilizar os homens por gravidezes não intencionais quando eles são tão mal equipados para preveni-las de maneira eficaz (MALE CONTRACEPTIVE INITIATIVE, tradução minha<sup>83</sup>).

Se antes o foco de pesquisadores e fomentadores de contraceptivos masculinos era no casal e em uma relação de parceria, agora, pode-se dizer que também circula a ideia da necessidade dos homens se protegerem das mulheres, no sentido de não estarem sujeitos aos possíveis erros na gestão da contracepção por suas parceiras e à possibilidade de gravidezes planejadas sem o consentimento masculino. O usuário da “pílula masculina” foi estendido do homem cuidadoso, buscando uma relação contraceptiva mais igualitária com sua parceira, para o homem engajado em uma relação ou solteiro que teme uma gravidez não desejada ou não planejada. Um homem que busca a sua autonomia reprodutiva, tal como expresso no slogan da MCI: “Male Contraceptive Initiative: Reproductive Autonomy for All” (Male Contraceptive Initiative: Autonomia Reprodutiva para Todos) (MALE CONTRACEPTIVE INITIATIVE; PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019b).

Os contraceptivos masculinos são tratados pela MCI como uma questão de direitos reprodutivos justamente através da ênfase na necessidade dos homens terem autonomia sobre a própria fertilidade. A ONG inclusive utiliza linguagem e concepções usadas pelos feminismos, como controle sobre a fertilidade, autonomia sobre o corpo, empoderamento e desigualdade entre os gêneros. Porém, a utiliza para ressaltar que, no âmbito da contracepção, há uma inversão das relações de poder entre homens e mulheres e essas seriam privilegiadas em relação a eles. Portanto, trata-se de: “(...) empoderar os homens para gerirem melhor a própria fertilidade (MALE CONTRACEPTIVE INITIATIVE, tradução minha<sup>84</sup>).

---

<sup>82</sup> No original: “(.) if there is a pregnancy, the man doesn’t have control over the outcome, so men can end up being fathers when they feel strongly that they aren’t ready”.

<sup>83</sup> No original: “If a pregnancy does occur—either unintended by both partners or when the woman stops using contraception without telling her partner—men have no recourse. They cannot mandate that women get an abortion. And I don’t think they should be able to. My point, however, is that despite their lack of good contraceptive options and regardless of the circumstances under which the pregnancy transpired, men are still held socially and financially responsible for any children they father. In some ways it seems unfair to hold men responsible for unintended pregnancies when they are so poorly equipped to successfully prevent them”.

<sup>84</sup> No original: (...) empower men to better manage their own fertility”

A construção da viabilidade de uma “pílula masculina” é realizada pela MCI prioritariamente em termos de direitos dos homens em controlar a própria fertilidade, mesmo com a manutenção por essa ONG da ênfase na necessidade deles se responsabilizarem e compartilharem os encargos da contracepção com as mulheres. Os depoimentos abaixo reproduzidos, retirados de uma postagem realizada no blog presente no site da MCI em outubro de 2015, evidenciam esse foco nos homens individualmente e a adoção concepção universalista e igualitária dos direitos reprodutivos no trabalho da MCI (PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019b):

Eu tenho sido ativo na discussão e promoção da legalização dos abortos, e é uma verdadeira dor ver a rejeição dos direitos reprodutivos masculinos por parte das mesmas pessoas que lutam por mulheres. Me entristece ouvir os mesmos argumentos que o campo contra o aborto usa contra as mulheres. Como "Se estão com medo de ter filhos indesejados, os homens devem fazer vasectomias", ou "Basta mantê-lo em suas calças." (MALE CONTRACEPTIVE INITIATIVE, tradução minha<sup>85</sup>).

Normalmente, um homem simplesmente não pode saber, e ele nem sequer tem o direito de saber, qual é o status de fertilidade de uma mulher com quem ele tem relações sexuais. Ele não sabe quando ela teve seu último período, se ela está tomando a pílula, se ela está tomando regularmente, se ela toma antibióticos que podem interferir, se ela está em algum outro tipo de controle de natalidade, se ela teve uma histerectomia, se ela é trans, e qual é a sua posição sobre o aborto, ou mesmo a pílula do dia seguinte (ela não tem nenhuma obrigação de dizer-lhe NADA disso). Sendo esse o caso, ele simplesmente não pode tomar uma decisão informada quando ele tem relações sexuais (MALE CONTRACEPTIVE INITIATIVE, tradução minha<sup>86</sup>).

Eu quero controle confiável sobre a minha fertilidade, para que eu possa controlar quando e em que espaço de tempos ter filhos. Neste momento da história humana, é um direito básico (MALE CONTRACEPTIVE INITIATIVE, tradução minha<sup>87</sup>).

A possibilidade de circulação de tais argumentos atualmente, em contraposição a sua inviabilidade no passado, é um dado muito importante para a presente pesquisa. Tal fato seria um indício de que a controvérsia em relação a igualdade versus diferença estaria pendendo para

---

<sup>85</sup> No original: “I’ve been active in discussing and promoting the legalization of abortions, and it’s a real pain to see the dismissal of male reproductive rights from the very same people who fight for women. It saddens me to hear the very same arguments the anti-abortion camp uses against women. Like ‘If they’re afraid of having unwanted kids, men should get vasectomies,’ or ‘Just keep it in your pants.’”.

<sup>86</sup> No original: “Normally a man just can’t know, and he doesn’t even have a right to know what’s the fertility status of a woman he has sex with. He doesn’t know when she had her last period, if she’s on the pill, if she has been taking it regularly, if she had antibiotics which might interfere, if she’s on some other kind of birth control, if she had a hysterectomy, if she’s trans, and what’s her stance on abortion, or even the morning-after pill (she’s under no obligation to tell him ANY of that). That being the case, he just can’t make an informed decision when he has sex”.

<sup>87</sup> No original: “I want reliable control over my fertility, so I can control the timing and spacing when I have children. At this time in human history, it is a basic right”.

a defesa da igualdade no caso da contracepção? O que possibilitou a circulação de tal argumento, antes vetado, na construção da viabilidade de contraceptivos masculinos?

Como já expressei, a difusão de tal perspectiva igualitária dos direitos reprodutivos tem impactos diretamente na questão da autonomia das mulheres sobre seus corpos. Se homens e mulheres têm os mesmos direitos, pode-se argumentar que ambos deveriam ter o mesmo poder de decisão em relação a uma gestação, decidindo por sua continuidade ou interrupção. Não se trata aqui de denunciar a posição da MCI ou recusar a noção dos homens como tendo determinados direitos em relação à contracepção. Contudo, é de extrema importância ressaltar as diferenças entre a construção de tecnologias contraceptivas masculinas visando empoderar homens e a construção de tecnologias contraceptivas masculinas visando empoderar mulheres e as consequências que a materialização de tais abordagens terão para as relações de gênero e para a divisão sexual do trabalho contraceptivo.

O lançamento de tecnologias contraceptivas masculinas reversíveis e eficazes tem potencial para avançar em direção a uma maior igualdade no quesito da divisão do trabalho contraceptivo ao configurar também os homens como sujeitos da contracepção, como responsáveis pelos encargos da contracepção, mas esse potencial não é algo garantido, não é um fato que se concretizará necessariamente com a criação de um novo anticoncepcional masculino. A viabilização dessas tecnologias pode ocorrer de forma que reforce o controle masculino sobre mulheres. Nesse sentido, a adoção da concepção universalista e igualitária dos direitos reprodutivos traz à tona preocupações levantadas por algumas feministas em relação à participação masculina na contracepção. Buscando apresentar uma abordagem mais afim a concepções feministas, no próximo capítulo, será apresentado o trabalho de viabilização de contraceptivos masculinos por parte de um grupo de pesquisa estadunidense, o Emerge Lab, que propõe uma abordagem a partir da equidade de gênero.

#### **4.7 O campo da contracepção masculina nos dias de hoje**

Em artigo publicado em 2016, especialistas da área da contracepção indicaram que o NICHD, a OMS e o Population Council foram as instituições que mais apoiaram o desenvolvimento de contraceptivos masculinos na década anterior (WANG et al., 2016). Tal dado aponta para a manutenção da relativa ausência da indústria farmacêutica nesse campo e

do protagonismo de ONGs e órgãos públicos, multilaterais ou nacionais, como os principais atores no financiamento e no desenvolvimento dessas tecnologias.

Cabe destacar, porém, o surgimento, a partir da década de 2010, de organizações voltadas especificamente para o fomento a contraceptivos masculinos no contexto europeu e estadunidense. Antes, prevaleciam instituições de população, como o Population Council, que investiam no desenvolvimento de tecnologias contraceptivas tanto para homens como para mulheres, mas, na última década surgiram instituições voltadas somente para o fomento a contraceptivos masculinos (PEREIRA, 2017). Além da já citada ONG estadunidense Male Contraceptive Initiative, o Consórcio Internacional para Contraceção Masculina (International Consortium for Male Contraception) tem destaque.

Criado em setembro de 2013, com sede em Paris, o Consórcio tem como objetivo criar uma rede internacional de profissionais com foco nos aspectos médicos e socioculturais da contraceção masculina. Atualmente, está sob os auspícios de nove instituições: European Society of Contraception and Reproductive Health; Male Contraception Initiative (MCI); Population Council; European Society of Endocrinology; Société Francophone de Contraception; European Society of Gynecology; International Society of Andrology; European Academy of Andrology; e Association Française pour la Contraception. Os seus membros, porém, não se restringem a essas instituições, sendo provenientes de diversas localidades e outras organizações. Em outubro de 2022, contava com 118 membros de 44 países (INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR MALE CONTRACEPTION).

As principais atividades dessa instituição são de caráter acadêmico. O Consórcio realiza apresentações de pesquisas com a temática da contraceção masculina em diversas conferências científicas, situadas principalmente na Europa, e organiza, a cada dois anos em Paris, um congresso próprio de caráter internacional voltado apenas para o tema da contraceção masculina. Em 2016, 2018 e 2022<sup>88</sup>, foram realizados, respectivamente, o primeiro, o segundo e o terceiro Congresso Internacional do Consórcio Internacional para Contraceção Masculina (INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR MALE CONTRACEPTION).

Além dessa atuação mais voltada para especialistas, o Consórcio atua também na promoção e na divulgação de informações sobre o *World Day of Vasectomy* (Dia Mundial da Vasectomia), projeto social internacional que busca a inclusão dos homens no planejamento reprodutivo e a prevenção de gravidezes não planejadas através da vasectomia. O evento

---

<sup>88</sup> O terceiro Congresso estava previsto para o ano de 2020, mas foi adiado para 2022 devido à pandemia de Covid-19.

principal desse projeto, como seu nome indica, é um dia dedicado a tal procedimento em que a meta é a realização de 1000 vasectomias por médicos em diversas partes do mundo conectados pelas redes sociais (INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR MALE CONTRACEPTION).

Também cabe apontar a existência do Center for Male Contraceptive Research & Development (Centro para Pesquisa e Desenvolvimento de Contraceptivos Masculinos), criado por especialistas estadunidenses como uma plataforma virtual para divulgar o desenvolvimento de contraceptivos hormonais masculinos e fomentar o engajamento em estudos clínicos dessas tecnologias nos EUA.

Em relação às tecnologias hormonais que se encontram na fase dos estudos clínicos na atualidade, há o gel transdérmico NES/T; o DMAU em forma de pílula; o DMAU em forma de injeção; a pílula 11-beta-MNTDC; e o implante MENT. Já em relação aos métodos não hormonais, os métodos de barreira através da inserção de um gel nos canais deferentes, inspirados no RISUG, são os que, em geral, encontram-se mais avançados nas testagens e, por isso, foram selecionados para serem brevemente descritos aqui.

#### 4.7.1 Nestorona / Testosterona (NES/T) gel transdérmico

Trata-se de um gel para utilização diária na pele – mais especificamente, no ombro e na parte superior do braço. É o primeiro fármaco a conseguir a supressão eficaz da espermatogênese utilizando gel de testosterona exógena (já testado em outros estudos) combinado com o gel da progestina não androgênica nestorona. O fato de ser um gel único com aplicação diária é um avanço em relação a outras tecnologias testadas, pois, como visto, métodos que combinavam testosterona com progestinas apresentavam-se em duas formas farmacêuticas separadas (ILANI et al., 2012).

Desenvolvido em parceria entre o Population Council e o NICHD, o gel transdérmico de nestorona com testosterona (NES/T) está passando pela fase dois em um estudo clínico. Essa fase dois do estudo do gel começou em 2018 e ocorre em nove centros de pesquisa localizados nos Estados Unidos (Califórnia, Washington e Kansas), no Chile (Santiago), no Reino Unido (Edimburgo e Manchester), na Itália (Bolonha), no Quênia (Nairóbi) e na Suécia (Estocolmo). Envolverá em média 420 casais – cerca de 30 a 60 por centro de pesquisa – com o objetivo de conseguir que 200 deles completem a fase de eficácia contraceptiva. Ela foi dividida em quatro etapas: 1) uma de triagem com duração de quatro a oito semanas; 2) uma de supressão da

fertilidade estimada em até vinte semanas; 3) uma de manutenção e eficácia, de 52 semanas; 4) uma de recuperação da fertilidade, estimada em 24 semanas. Os homens participantes têm que realizar visitas mensais para adquirir o gel – um contato que serve para incentivar a adesão, monitorar possíveis efeitos colaterais e fazer a dosagem de espermatozoides do sêmen. Já as mulheres deverão comparecer a cada três meses (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA).

O gel transdérmico de nesterona com testosterona (NES/T) deve ser utilizado cotidianamente pelos homens participantes, em aplicações diárias de aproximadamente 5 mL, sendo 2,5 mL em cada ombro/parte superior do braço. Eles recebem junto com o gel um dosador para controlar a quantidade do produto. Tal dose diária conterá aproximadamente 62 mg de testosterona e 8 mg de NES, dos quais serão fornecidos ao corpo 6 mg e 0,8 mg por dia, respectivamente (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA).

No caso do gel NES/T, mulheres e crianças também são levadas em consideração em relação à segurança do anticoncepcional uma vez que podem entrar em contato com o produto presente na pele dos usuários, o que é chamado pelos especialistas de exposição secundária. Desta forma, além da avaliação de segurança para os próprios usuários, é necessária uma avaliação dos riscos para não usuários. Nesse contexto, estudos clínicos foram e serão realizados com o objetivo principal de quantificar a exposição secundária de mulheres ao gel. Se pensarmos nos entraves que até então se impõem à produção de novos contraceptivos masculinos reversíveis, esse fato é de grande significância: algumas tecnologias em desenvolvimento precisam comprovar a sua segurança não somente para os usuários. Sabemos que vários estudos hormonais foram suspensos devido aos riscos que apresentaram a seus potenciais usuários – os homens. Tecnologias como o gel NES/T serão escrutinadas também em relação às chamadas transferências secundárias.

É importante ressaltar que sujeitos aparecem citados nos estudos como possíveis afetados pela exposição secundária: mulheres e crianças. Há uma perspectiva heteronormativa implícita de que homens só realizariam contatos mais íntimos, capazes de passar o gel de uma pessoa para outra, com esses sujeitos. A possibilidade de outro homem ser afetado pelo gel através do contato não é mencionada em nenhum dos documentos mapeados sobre as pesquisas com o gel NES/T, excluindo-se a possibilidade de contato entre amigos, familiares, parceiros de esporte de contato, parceiros sexuais, no caso de homens bissexuais, e demais possibilidades.

Outro motivo para o apagamento de homens como possíveis sujeitos afetados pela exposição secundária ao gel pode ser o fato da testosterona, ainda nomeada como o hormônio masculino e compreendida como agente de masculinização (OUDSHOORN, 1994), ser

encarada como um risco para mulheres e crianças, mas não para homens, sujeitos que já a deteriam em maiores quantidades. Porém, o gel contém também a progestina nestorona que não é associada à masculinidade e passaria juntamente com a testosterona para o organismo de outros homens. De qualquer forma, tratando-se de uma tecnologia para contracepção masculina, caberia questionar se as doses da exposição secundária seriam suficientes para interferir na fertilidade de homens não usuários em contato íntimo com usuários que não sigam as recomendações para conter a contaminação de outros.

Pesquisadores indicam que, para evitar a transferência e ter a eficácia garantida, o procedimento ideal para os homens usuários do gel NES/T seria tomar um banho antes da aplicação, cobrir a área com uma blusa durante o dia e lavar o local de aplicação antes do contato próximo com outras pessoas (YUEN et al., 2019). A forma farmacêutica do contraceptivo (comprimido, injeção, gel, adesivo, dispositivo de barreira etc.), assim como os cuidados necessários para o seu uso correto, são fatores essenciais para a sua aceitabilidade. É possível supor que as práticas cotidianas necessárias à não transferência das substâncias e à absorção efetiva do gel possam ser encaradas como aspectos desmotivadores, principalmente quando comparados à simplicidade da ingestão diária de uma pílula realizada por muitas mulheres como prática contraceptiva.

#### 4.7.2 DMAU pílula

Trata-se de uma pílula para ingestão diária, constituída por um único agente: o undecanoato de nandrolona – dimethandrole undecanote (DMAU) em inglês –, que tem propriedades de andrógeno e de progestágeno. A pesquisa sobre o produto é financiada pelo NICHD e realizada pelo laboratório Los Angeles Biomedical Research Institute e pela Universidade de Washington. Em abril de 2018, começou um estudo fase dois da pílula de DMAU. Trata-se de um estudo multicêntrico e duplo-cego em homens saudáveis, para avaliar a supressão da espermatogênese após a administração oral de DMAU sozinho, de DMAU com levonorgestrel e do placebo sozinho por doze semanas. Está prevista a participação de cem homens, com o objetivo de que haja vinte indivíduos em cada um dos quatro grupos que receberão doses ativas e mais vinte homens no grupo que receberá a substância inativa, placebo. A meta é que pelo menos 17 sujeitos de cada grupo concluam o estudo (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA).

### 4.7.3 DMAU injeção

Além da pílula para ingestão diária, o DMAU também está sendo estudado na forma de injeção intramuscular e subcutânea. A pesquisa com essa forma farmacêutica é realizada pelo mesmo financiador e pelos mesmos pesquisadores. Um estudo clínico multicêntrico e duplo-cego em fase um, para avaliação da segurança, da tolerabilidade, da farmacocinética<sup>89</sup> e da farmacodinâmica<sup>90</sup> foi iniciado em 2016 e prevê a administração em doses únicas de DMAU em injeções tanto por via intramuscular quanto por via subcutânea, que serão comparadas com doses únicas de placebo.

### 4.7.4 Pílula 11-beta-MNTDC

Trata-se de uma pílula de dodecilcarbonato de 11-beta-metil-19-nortestosterona-17-beta-dodecilcarbonato (11 $\beta$ -MNTDC) para ser ingerida cotidianamente. É desenvolvida pelos mesmos atores envolvidos na produção do DMAU – financiamento do NICHD e pesquisa realizada pelo laboratório Los Angeles Biomedical Research Institute e pela Universidade de Washington. Também como o DMAU, a substância é constituída por um único agente com propriedades de andrógeno e de progestágeno. Encontra-se em um estudo clínico de fase um iniciado em 2017 (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA).

Esse estudo multicêntrico e duplo-cego avaliará a segurança, a tolerância, a farmacocinética e a farmacodinâmica da tecnologia através de doses repetidas e variadas por 28 dias. Serão utilizadas doses de 200 e 400 miligramas. Um primeiro grupo, de vinte voluntários, será composto por quinze membros que tomarão a dose de 200 miligramas e cinco membros que tomarão o placebo. O segundo grupo também será formado por vinte voluntários, dentre os quais quinze tomarão por 28 dias a dose de 400 miligramas e os outros cinco tomarão o placebo. A segurança será analisada primeiro nos sujeitos que receberem as doses de 200,

---

<sup>89</sup> Área das ciências da saúde que estuda o impacto e o caminho percorrido pelos remédios no organismo. O metabolismo dos medicamentos é o seu principal objeto de estudo.

<sup>90</sup> Ciência que estuda e descreve os efeitos terapêuticos e colaterais de medicamentos e drogas no organismo.

antes que outros recebam a dose maior, de 400 miligramas (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA).

Os resultados preliminares desse estudo indicam que houve diminuição da concentração espermática sem a ocorrência de efeitos colaterais graves. Entre os trinta homens que utilizaram a substância, dores de cabeça, acne, fadiga, diminuição do desejo sexual e disfunção erétil foram os sintomas reportados e classificados como efeitos de grau leve. Segundo as pesquisadoras, nenhum desses efeitos fez com que participantes abandonassem o estudo e, em relação aos efeitos na sexualidade, não levaram a uma diminuição da atividade sexual. A droga demora até dois meses para afetar totalmente a espermatogênese. Por isso, sua eficácia não pôde ser verificada nesse período de 28 dias de uso (THE ENDOCRINE SOCIETY, 2019).

#### 4.7.5 MENT implante

Trata-se de um implante subcutâneo, colocado na parte superior do braço dos homens sob anestesia local com o objetivo de prover doses de um esteroide sintético (7 $\alpha$ -metil-19-nortestosterona) similar à testosterona. Tal esteroide possui uma bioatividade maior do que a testosterona. Portanto, requer doses diárias reduzida e não estimula o crescimento da próstata por não se converter em di-hidrotestosterona. Ele está sendo desenvolvido pelo Population Council e terá duração de um ano. Além de seu potencial contraceptivo, MENT pretende também atender a demandas da terapia de reposição hormonal (TRH) para tratar hipogonadismo masculino. Essa tecnologia vem sendo pesquisada desde a década de 1990 e ainda não concluiu a segunda fase dos estudos clínicos (POPULATION COUNCIL; TARICO, 2016).

O implante é feito de silástico, substância que possui consistência semelhante à da borracha e é utilizada em próteses para humanos. A partir dos primeiros estudos clínicos, demonstrou-se que seriam necessários quatro implantes simultâneos para alcançar a eficácia contraceptiva. Esse número de implantes fornece de 1.200 a 1.600 microgramas de MENT por dia ao longo de um ano. Os testes em andamento buscam construir novos protótipos, capazes de fornecer doses mais altas e permitir uma redução do número de dispositivos implantados. Como no estudo de fase um a tecnologia não se mostrou totalmente eficaz, a sua combinação com o acetato de medroxiprogesterona (DMPA) está sendo investigada, visando aumentar sua eficácia (POPULATION COUNCIL; CALLIOPE).

#### 4.7.6 Vasalgel

Trata-se de um gel inspirado no RISUG, mas com composição química diferente e atuação exclusiva como barreira, isto é, ele impede a passagem das células reprodutivas, mas não interfere nelas quimicamente como a tecnologia indiana. Devido a essa diferença, é apresentado como uma alternativa segura ao RISUG, que, argumenta-se, não seria adequado para os parâmetros de segurança da FDA, devido à sua instabilidade química (REVOLUTION CONTRACEPTIVES).

O Vasalgel consiste em um polímero de hidrogel de alto peso molecular, formado por ácido maleico de estireno dissolvido em sulfóxido de dimetilo. Através de um procedimento rápido, com duração de cerca de 15 minutos e com anestesia local, esse gel seria injetado e, ao preencher os vasos, atuaria como um filtro, bloqueando os espermatozoides e resultando na azoospermia. A sua reversão seria alcançada através de uma segunda injeção de bicarbonato de sódio, que dissolveria o gel. Contudo, ainda não alcançou os estudos clínicos, sendo testado até então apenas em animais não humanos (REVOLUTION CONTRACEPTIVES).

Essa tecnologia está em desenvolvimento ao menos desde 2010, quando a ONG Parsemus Foundation adquiriu sua patente. Essa organização, fundada em 2005 na Califórnia por Elaine Lissner, busca fomentar tecnologias biomédicas negligenciadas pelas grandes indústrias farmacêuticas e garantir que sejam disponibilizadas a um preço acessível e foi uma das principais investidoras para a criação da ONG Male Contraception Initiative. O Vasalgel foi um dos principais projetos da ONG, que criou em 2013 uma empresa chamada Revolution Contraceptives apenas para desenvolver tal tecnologia. Contudo, em julho de 2022, o Vasalgel passou a ser desenvolvido por outra empresa, a NEXT Life Sciences, Inc.

#### 4.7.7 ADAM

Trata-se também de um gel polímero a ser inserido nos vasos deferentes através de uma injeção para bloquear a passagem das células reprodutivas. Por ser visível ao ultrassom, o polímero será injetado de maneira não cirúrgica através de um procedimento especialmente criado para a sua aplicação, chamado *vasintomy*, sendo essa a sua principal diferença em relação ao RISUG e ao Vasalgel (CONTRALINE; EISENFRATS, 2016)

*Vasintomy* é uma injeção subcutânea guiada por uma sonda de ultrassom, que será realizada por um médico em um ambulatório com anestesia local e com duração média de dez a quinze minutos. Tal como na vasectomia, primeiramente, o canal deferente será identificado, será aplicada a anestesia local e o canal será preso à pele. Enquanto na vasectomia sem agulha e sem bisturi e nos procedimentos dos outros géis polímeros em desenvolvimento haveria uma pequena incisão para a extração e manipulação do canal (corte ou introdução do gel), neste caso, uma sonda de ultrassom é utilizada para visualizar o lúmen do canal e injetar o polímero através da pele (EISENFRATS, 2016).

O ADAM é desenvolvido pela Contraline, empresa privada de biotecnologia e dispositivos médicos criada especificamente para a produção desse contraceptivo, que até agora é o seu único produto em desenvolvimento. Localizada na Virgínia, Estados Unidos, foi fundada em 2015 por John Herr, professor de biologia reprodutiva da Universidade da Virgínia, e Kevin Eisenfrats, engenheiro biomédico, empresário e ex-aluno de Herr. Em 2016, Herr faleceu e a empresa continuou sob a direção de Eisenfrats. Em 2019, a Contraline ganhou uma bolsa de duzentos mil dólares da Male Contraception Initiative e o primeiro estudo clínico do ADAM foi iniciado em 2022 com o objetivo de testar a sua segurança em 25 participantes e tem previsão de encerramento em 2025 (CONTRALINE; MALE CONTRACEPTIVE INITIATIVE).

Antes essa tecnologia era nomeada Echo-V, mas passou a se chamar ADAM. O motivo da mudança não é explicado no site da empresa e tampouco o encontrei em outras fontes, como os textos midiáticos consultados. Porém, é impossível não pensar em uma estratégia de marketing, já que ADAM é Adão em inglês. Como já exposto, criar o usuário de um contraceptivo masculino ainda é um desafio para o campo, sendo necessário tornar a contracepção algo associado a modelos difundidos de masculinidade. Usar o nome do primeiro homem, segundo a bíblia, parece-me uma estratégia de sinalizar o caráter masculino do dispositivo. Inclusive, estratégia semelhante já foi adotada, pois ADAM é justamente a abreviatura em inglês de *androgen decline in the aging male* – em português, distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (DAEM). Tanto a contracepção como essa condição, que requer reposição hormonal, precisam ser compreendidas como masculinas para serem aceitas pelos possíveis usuários.

#### 4.8 Para concluir

No presente capítulo, buscando compreender por que até hoje não temos uma pílula masculina, a noção da dificuldade fisiológica como um dos principais entraves para a produção de novos contraceptivos masculinos foi problematizada e apresentada como indissociável do menor investimento em pesquisa biomédica na função reprodutiva masculina. A dificuldade de intervenção contraceptiva nos homens só pode ser totalmente compreendida através da histórica diferença da abordagem biomédica em relação à reprodução masculina e à feminina.

Da mesma forma, os demais obstáculos aqui citados para a produção de novos contraceptivos para homens também estão associados à configuração das relações de gênero. A relativa ausência de empresas farmacêuticas no campo da contracepção masculina; a relativa falta de capital; a ausência de mobilização organizada dos futuros usuários; a relativa falta de especialistas e infraestrutura para levar a cabo as pesquisas e estudos clínicos até as últimas fases; a dificuldade para recrutar e manter os participantes nos estudos clínicos; a configuração dos contraceptivos masculinos em desenvolvimento como tecnologias inseguras; e a dificuldade envolvida na construção dos homens como sujeitos responsáveis pela contracepção são obstáculos que têm como base a divisão sexual do trabalho que responsabiliza principalmente às mulheres pelo trabalho reprodutivo, indissociável da construção do corpo feminino como o corpo reprodutivo por excelência.

Aqui, foi apresentado um histórico, em linhas gerais, do campo dos contraceptivos masculinos a partir da revolução contraceptiva para contextualizar o fato apresentado na introdução desse capítulo: a difusão da noção de uma pílula masculina em âmbito mundial, há pelo menos meio século, sem que essa tecnologia seja lançada. No próximo capítulo, será enfocada um exemplo contemporâneo de trabalho de viabilização cultural de contraceptivos masculinos que se propõe a realizar uma abordagem baseada na equidade de gênero. Tal trabalho foi selecionado justamente pela importância política de tal abordagem.

## 5 O TRABALHO DO EMERGE LAB PARA A VIABILIZAÇÃO DE NOVOS CONTRACEPTIVOS MASCULINOS

No presente capítulo, será apresentado e analisado o trabalho do Emerge Lab para a viabilização cultural de novos contraceptivos masculinos, com ênfase na sua atuação em divulgação científica. Trata-se de um grupo de pesquisa<sup>91</sup> estadunidense, que trabalha com diversos temas relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, e tem como objetivo promover um maior engajamento por parte dos homens nessas áreas a partir de uma perspectiva de equidade de gênero. Criado em 2017, pelo professor Brian T. Nguyen no âmbito da faculdade de medicina da University of Southern California (USC), em Los Angeles, realiza pesquisa, divulgação científica e *advocacy*<sup>92</sup>.

Se, como já exposto, performances e políticas de gênero estão no centro do desenvolvimento de novas tecnologias contraceptivas para homens e a produção de tais tecnologias se encontra ligada à construção de masculinidades engajadas na contracepção, a proposta do Emerge Lab de incentivar que os homens em geral se comprometam mais com questões de saúde sexual e saúde reprodutiva é uma tarefa essencial para a viabilização de novos anticoncepcionais masculinos, atuando justamente na criação de possíveis usuários dessas tecnologias. Assim, por mais que não se dedique apenas ao tema da anticoncepção, essa instituição foi selecionada uma vez que o escopo da sua atuação é necessário para o campo da contracepção masculina. É preciso criar a demanda para novos contraceptivos para homens, é preciso criar o possível usuário dessas tecnologias, o homem engajado na anticoncepção. Contudo, apesar de toda a atuação do Emerge Lab buscando forjar novas performances de masculinidades mais engajadas nos cuidados sexuais e reprodutivos ser afim ao desenvolvimento de novos anticoncepcionais para homens, nesse capítulo, será priorizado seu trabalho de divulgação científica apenas em relação à contracepção.

Como mencionado, a atuação do Emerge Lab no campo da contracepção masculina na atualidade foi escolhida principalmente pela importância política, desde uma perspectiva

---

<sup>91</sup> Esse grupo de pesquisa será tratado como um laboratório ao longo do texto tal como o seu próprio nome indica (Emerge Lab). Quando se fala em laboratório, normalmente o que vem à mente são espaços de realização de experimentos das ciências *hard*. Porém, há laboratórios de diversas formas e disciplinas, como laboratórios de ciências humanas e sociais. Um laboratório pode não se tratar de um espaço físico específico com instrumentos para experimentos de bancada e sim nomear um conjunto de profissionais com uma prática de pesquisa científica em determinada área, como é o caso aqui.

<sup>92</sup> Não há consenso sobre como traduzir para o português a palavra *advocacy*, por isso, o termo foi mantido em inglês. *Advocacy* pode ser definida como uma prática política realizada por indivíduos ou grupos com o objetivo de influenciar a formulação de políticas e os investimentos de recursos públicos.

feminista, da sua abordagem com ênfase na equidade de gênero. A participação dos homens nos cuidados sexuais e reprodutivos é concebida pelo laboratório principalmente em termos de dever e de responsabilidade. Os homens são instados a assumir sua responsabilidade nesses âmbitos da vida e com isso diminuir a inequidade de gênero materializada na responsabilização quase exclusiva das mulheres por tais cuidados. A ausência masculina é concebida como resultado de uma injusta divisão que sobrecarrega as mulheres e não como consequência de uma relação em que estas seriam privilegiadas em detrimento dos homens que deveriam ser defendidos ou “empoderados” para alcançarem a igualdade nesses âmbitos – perspectiva descrita no capítulo anterior, que é adotada por outros atores no campo da contracepção masculina na atualidade como a ONG Male Contraceptive Initiative (PEREIRA, 2017; PEREIRA; AZIZE, 2019b). Além da relevância política de sua abordagem, o Emerge Lab também me pareceu um bom estudo de caso por sua proposta de alcançar o público geral através da divulgação científica, não se limitando à produção acadêmica, divulgada prioritariamente por meio de artigos científicos, geralmente acessados somente por especialistas.

Não é o objetivo deste capítulo afirmar ou analisar se o Emerge Lab é eficaz em relação ao que se propõe como objetivo, ou seja, se de fato sua atuação tem impacto em algum homem em algum lugar. O foco é refletir sobre os caminhos trilhados por esse grupo de pesquisa na promoção de novos contraceptivos masculinos e no incentivo ao engajamento masculino na contracepção, para além do resultado do seu trabalho ou da recepção do mesmo pelo público-alvo. Para isso, primeiro, será apresentada uma descrição do laboratório e, posteriormente, uma análise do seu trabalho para a viabilização de contraceptivos masculinos e para a inclusão dos homens no trabalho contraceptivo através da divulgação científica.

### **5.1 Trazer à tona novas masculinidades: a proposta do Emerge Lab**

Emergir significa sair à tona ou fazer sair à tona; manifestar-se de forma nítida. Essa é a tradução da palavra inglesa *emerge* que dá nome ao grupo de pesquisa fazendo referência à emergência de homens que se envolvam com questões reprodutivas e busquem a equidade de gênero. É interessante notar que no logotipo do laboratório a palavra *emerge* é grafada com todas as letras maiúsculas (Figura 4), destacando-se das outras palavras e dando a ideia de algo

que cresce. Contribuir para essa emergência de homens engajados na reprodução é um dos objetivos do laboratório tal como expresso em seu site<sup>93</sup>:

O EMERGE Lab representa a pesquisa e *advocacy* do Dr. Brian T. Nguyen com o objetivo de "Expandir o envolvimento masculino na equidade reprodutiva e de gênero". Por meio de pesquisa, revisão de políticas públicas e projetos centrados na comunidade, o EMERGE Lab cria a equidade de gênero, mostrando aos homens o papel ativo que eles podem desempenhar na saúde reprodutiva e a força que eles trazem através da sensibilidade e responsabilidade reprodutiva (EMERGE LAB, tradução minha<sup>94</sup>)

O EMERGE Lab também fornece e compila informações e recursos para homens que possam se interessar por maneiras pelas quais possam #EMERGIR – ser homens que se envolvam ativamente em questões de saúde reprodutiva e equidade de gênero (EMERGE LAB, tradução minha<sup>95</sup>).

O foco na participação dos homens também fica exposto através de seu slogan: “EMERGE Lab do Dr. Brian T. Nguyen: Expandindo o engajamento masculino na equidade reprodutiva e de gênero” (EMERGE LAB, tradução minha<sup>96</sup>), como mostra a Figura 4 abaixo:

Figura 4 – Logotipo, símbolo e *slogan* do Emerge Lab



<sup>93</sup> Os trechos dos textos do Emerge Lab selecionados como meu material de análise para esse capítulo serão apresentados com recuo, mas com a fonte no mesmo tamanho do corpo do texto, com o objetivo de destacá-los em relação às demais citações diretas.

<sup>94</sup> No original: “The EMERGE Lab represents Dr. Brian T. Nguyen's research and advocacy, aimed at: ‘Expanding Male Engagement in Reproductive and Gender Equity.’ Through research, policy review, and community-centered projects, The EMERGE Lab creates gender equity through showing men the active role they can play in reproductive health and the strength they bring through sensitivity and reproductive responsibility”.

<sup>95</sup> No original: “The EMERGE Lab also provides and compiles information and resources for men who may be interested in ways that they can #EMERGE – be men who actively engage in issues of reproductive health and gender equity”.

<sup>96</sup> No original: “The EMERGE Lab by Dr. Brian T. Nguyen: Expanding Male Engagement in Reproductive and Gender Equity”.

Já seu símbolo, dois cavalos-marinhos<sup>97</sup>, sendo um maior e outro menor, representa um conceito de paternidade defendido pelo laboratório. Nos cavalos-marinhos, a fertilização e o desenvolvimento dos embriões ocorrem no corpo dos machos. A reprodução ocorre quando, no acasalamento, ovos da espécie são transferidos da bolsa incubadora da fêmea para a bolsa do macho, onde são fertilizados pelo esperma que este libera. Após dois meses da fertilização, os ovos eclodem e são expelidos através de contrações. Essa centralidade do macho na reprodução é um símbolo para a defesa do Emerge Lab de maior participação masculina na reprodução e na criação dos filhos, tal como expresso em seu site:

Nosso logo é uma representação contemporânea da paternidade, representada por cavalos-marinhos, a única família de animais em que o homem experimenta a gravidez. O compartilhamento da responsabilidade reprodutiva e a preparação para a paternidade do parceiro masculino capturam a filosofia do EMERGE Lab (EMERGE LAB, tradução minha<sup>98</sup>).

O fundador e diretor do laboratório, Brian T. Nguyen, é ginecologista e obstetra, especialista em planejamento familiar<sup>99</sup> e ingressou em 2016 na University of South California (USC) como professor (*assistant professor*) de ginecologia e obstetrícia na faculdade de medicina. Ele é um pesquisador atuante no desenvolvimento de contraceptivos para homens, entre 2009 e 2010, foi assistente de pesquisa em um estudo clínico de tecnologia hormonal masculina e, na atualidade, trabalha como consultor e pesquisador assistente (*sub-investigator*) em estudos clínicos de métodos hormonais masculinos no âmbito do laboratório particular LA BioMed, além de sua atuação na universidade, onde investiga os aspectos comportamentais associados à aceitabilidade e ao uso dessas tecnologias. A utilização de mídias digitais como ferramenta para a conscientização sobre questões de saúde, mais especificamente de saúde

---

<sup>97</sup> Esse símbolo aparece em alguns momentos como um cavalo marinho grande e três pequenos, sendo um dos filhotes menor do que os outros. Essa ilustração faz referência a 2,3 filhos, que é considerado o número ideal de crianças para repor a população mundial segundo informação no site do Center for Male Contraceptive Research & Development, parceiro do Emerge Lab.

<sup>98</sup> No original: “Our logo is a contemporary depiction of fatherhood, depicted by seahorses, the only family of animals where the male experiences pregnancy. The male partner's sharing of reproductive responsibility and preparation for paternity capture the philosophy of the EMERGE Lab”.

<sup>99</sup> Como já expressei, no contexto brasileiro, a expressão planejamento reprodutivo é considerada mais adequada do que a expressão planejamento familiar para ressaltar que cada indivíduo tem direitos reprodutivos e deve ter acesso a meios de planejar sua vida reprodutiva independentemente do seu estado civil ou do seu pertencimento a uma determinada configuração familiar. Porém, a expressão *family planning* é utilizada no âmbito do Emerge Lab e, por isso, sua tradução, a expressão planejamento familiar irá aparecer quando for um termo êmico.

sexual e de saúde reprodutiva, é um marco na sua trajetória profissional como explicita em seu currículo no LinkedIn<sup>100</sup> no pequeno texto de apresentação:

Dr. Nguyen é obstetra e ginecologista com treinamento específico na área de planejamento familiar. Ele está interessado no uso da tecnologia da informação e de mídias sociais para aumentar a conscientização sobre questões de saúde reprodutiva e novos desenvolvimentos de contraceptivos (NGUYEN,[2003-2022], tradução minha<sup>101</sup>).

Portanto, o site do Emerge Lab e seu perfil na rede social Instagram, que serão aqui analisados, devem ser entendidos nesse contexto, isto é, como ferramentas utilizadas por Brian T. Nguyen e sua equipe para realizar a tarefa de conscientização do público sobre questões relacionadas à sexualidade e à reprodução. Tais tecnologias digitais não podem ser encaradas apenas como meios de divulgação do trabalho feito no laboratório, é preciso ter em mente que foram pensadas e criadas como ferramentas para ajudar no objetivo de mudar a postura dos homens em relação à sexualidade e à reprodução.

O grupo possui uma sala própria em um dos prédios da universidade. Sua equipe, em meados de 2022, era formada por Nguyen e mais dez pesquisadores jovens em diversos estágios de formação – *fellows*<sup>102</sup>, residentes, estudantes de medicina e graduandos<sup>103</sup>. Entre eles, há uma predominância de mulheres, com sete pesquisadoras e três pesquisadores, e elas ocupam os cargos mais altos no grupo, excetuando-se a direção, cargo ocupado por Nguyen, como é possível observar na Tabela 1 abaixo:

---

<sup>100</sup> Rede social estadunidense criada em 2003 com o objetivo de criar redes profissionais. Nela, empresas criam perfis descrevendo sua atuação e publicando vagas de trabalho disponíveis enquanto os trabalhadores criam um perfil com seu currículo.

<sup>101</sup> No original: “Dr. Nguyen is an Obstetrician & Gynecologist with specific training in the field of Family Planning. He is interested in the use of information technology and social media to raise awareness of reproductive health issues and novel contraceptive developments”.

<sup>102</sup> *Fellows* é o nome dado para os profissionais que estão realizando um *fellowship*, período de treinamento clínico após a conclusão da residência que pode ser realizado por médicos, dentistas e veterinários nos EUA e no Canadá. Mediante o recebimento de uma bolsa de estudos, os profissionais atuam como assistentes ou consultores em serviços de saúde em uma determinada especialidade. Após concluir esse treinamento, o profissional pode atuar na especialidade treinada sem a supervisão de outros profissionais.

<sup>103</sup> Tanto a composição da equipe como as atividades e pesquisas desenvolvidas pelo grupo tiveram como fonte principal informações contidas no site do Emerge Lab. Vale ressaltar que provavelmente há dados desatualizados já que não há a informação de quando o site foi atualizado pela última vez. Porém, acredito que as possíveis imprecisões decorrentes desse fato não terão impactos significativos no objetivo de analisar como o grupo atua em relação à contracepção masculina. A utilização das redes sociais – que apresentam conteúdos datados e mais atualizados – como fonte serviu também para verificar se há informações importantes que ainda não constam no site.

Tabela 1 – Equipe Emerge Lab

<b>Pesquisadora/Pesquisador (Gênero)</b>	<b>Formação<sup>104</sup></b>	<b>Cargo no Emerge Lab</b>	<b>Atuação no Emerge Lab</b>
Jasmine Patel (F)	Licenciatura em medicina (MD <sup>105</sup> )  <i>Fellow</i> em planejamento familiar;	Pesquisadora Principal	Pesquisa sobre o método coito interrompido para avaliar se há presença de espermatozoides no fluido pré-ejaculatório  Trabalha com a expansão do treinamento de profissionais para a realização de vasectomia
Jennifer Franks (F)	Licenciatura em medicina (MD)  Mestrado em Saúde Pública (MPH <sup>106</sup> )	Coordenadora de Pesquisa  Consultora de Gênero	Pesquisa sobre a segurança de novos contraceptivos masculinos em desenvolvimento através de uma revisão bibliográfica de artigos científicos sobre estudos clínicos realizados
Katie Ciesielski (F)	Licenciatura em Medicina (MD)  Residência em Obstetrícia e Ginecologia	Coordenadora de Pesquisa	Pesquisa e <i>advocacy</i> sobre contracepção, esterilização, educação em saúde reprodutiva e respeito à autonomia dos pacientes nos serviços de planejamento familiar
Kyle Latack (M)	Estudante de Medicina	Coordenador de Pesquisa	Pesquisa as atitudes de usuários da rede social Reddit <sup>107</sup> sobre o uso do método coito interrompido, através de coleta de dados online

<sup>104</sup> Os títulos acadêmicos nos Estados Unidos são geralmente representados por siglas, optei por colocar a tradução por extenso do título equivalente no Brasil e manter a sigla em língua inglesa entre parênteses com o seu nome por extenso em inglês em notas de rodapé.

<sup>105</sup> MD é a sigla de Doctor of Medicine.

<sup>106</sup> MPH é a sigla de Master of Public Health.

<sup>107</sup> Rede social estadunidense de agregação de notícias, classificação de conteúdo da web e discussão. Nela, os membros enviam textos e imagens sobre determinados assuntos e outros membros avaliam esse conteúdo.

<b>Pesquisadora/Pesquisador</b>	<b>Formação</b>	<b>Cargo no Emerge Lab</b>	<b>Atuação no Emerge Lab</b>
Ravali Reddy (F)	Estudante de Medicina	Coordenadora de Pesquisa	Pesquisa sobre o comportamento em relação à saúde sexual e reprodutiva de imigrantes asiáticos de diversas regiões com o intuito de apontar as variações entre esses grupos
Minica Long (F)	Estudante de Medicina	Coordenadora de Pesquisa	Interesse nos determinantes psicossociais do cuidado e acesso à saúde reprodutiva
Emily Chang (F)	Estudante de Medicina	Coordenadora de Pesquisa	Pesquisa o fornecimento de terapia de parceiro acelerada <sup>108</sup> entre indivíduos diagnosticados com ISTs em Los Angeles.
Dominic Moog (M)	Estudante de Graduação	Assistente de Pesquisa Coordenador de Mídias Sociais	Pesquisa a aceitabilidade de contraceptivos hormonais masculinos  Pesquisa como o coito interrompido é retratado na rede social Reddit
Helena Galinson (F)	Estudante de Graduação	Assistente de Pesquisa	Pesquisa sobre o método coito interrompido para avaliar se há presença de espermatozoides no fluido pré-ejaculatório
Donovan Spencer (M)	Estudante de Graduação	Assistente de Pesquisa	Pesquisa a aceitabilidade de contraceptivos hormonais masculinos entre homens latinos  Pesquisa como o coito interrompido é retratado na rede social Reddit

<sup>108</sup> Terapia de parceiro acelerada é a tradução de “*expedited partner therapy*”, que se refere à prática autorizada em alguns estados dos EUA do profissional de saúde prescrever medicamentos e testes para ISTs para ambos os parceiros quando apenas um deles vai até o serviço de saúde.

Além desse quadro de pesquisadores e promotores (*advocates*) da saúde sexual e reprodutiva e da equidade de gênero, o grupo contava com sete *fellows* em planejamento familiar e quatro residentes em ginecologia e obstetrícia em sua equipe em meados de 2022. Nesse mesmo período, segundo o site do laboratório, há dezesseis pesquisas sendo realizadas ou já concluídas pela equipe. Dessas, doze tratam sobre contracepção.

Dentre as doze pesquisas sobre anticoncepção, quatro investigam a aceitabilidade de novos métodos contraceptivos para homens. A partir da justificativa de que gravidezes não planejadas são mais comuns nos EUA entre minorias sociais, há três pesquisas voltadas para a aceitabilidade de novos contraceptivos masculinos em grupos minoritários específicos. Buscando explorar temas como participação no planejamento familiar, experiências com contracepção e desejo em usar uma nova tecnologia anticonceptiva, homens negros, latinos e asiáticos<sup>109</sup> de Los Angeles foram pesquisados. Com os primeiros, foram realizados grupos focais e já há um artigo publicado sobre essa pesquisa. Já com os participantes latinos e asiáticos, a coleta de dados será realizada através de entrevistas em profundidade que, segundo o site do Emerge Lab, ainda não tinham sido realizadas em meados de 2022.

Há uma quarta pesquisa para analisar a aceitabilidade de contraceptivos masculinos focada em homens que participaram de estudos clínicos de métodos hormonais. Através de entrevistas em profundidade, suas experiências com a tecnologia testada foram exploradas assim como seu desejo de usar um anticoncepcional no futuro. Segundo o site, a análise dos dados colhidos está em andamento assim como a produção de artigos.

Há mais dois estudos sobre o tema dos novos contraceptivos masculinos em desenvolvimento: uma pesquisa sobre os efeitos adversos de métodos hormonais testados e outra sobre a compensação financeira ideal para os participantes de estudos clínicos de contraceptivos<sup>110</sup>. Na primeira, está sendo realizada uma revisão sistemática em artigos científicos sobre estudos clínicos dessas tecnologias para identificar quais efeitos são reconhecidos e a sua frequência e já há um artigo referente a ela publicado. A outra pesquisa

---

<sup>109</sup> As categorias homens negros, latinos e asiáticos foram usadas como a tradução de conceitos ênicos usados na descrição das pesquisas no site do Emerge Lab (*black men; latin men; asian men*). Posteriormente, tal escolha dos participantes será analisada.

<sup>110</sup> Enquanto no Brasil a compensação financeira para participantes de estudos clínicos é vetada, nos EUA essa prática é legal.

busca avaliar através de um *survey*<sup>111</sup> qual é a melhor maneira de compensar financeiramente os sujeitos para que participem de estudos clínicos de contraceptivos.

As outras seis pesquisas sobre contracepção se dedicam aos métodos masculinos existentes – vasectomia, preservativo, coito interrompido – e sobre o acesso à contracepção de emergência por homens em farmácias. Há três pesquisas sobre vasectomia: uma para determinar quantos serviços de saúde na Califórnia a realizam; um *survey* voltado para médicos urologistas sobre a possibilidade de treinamento de profissionais de outras especialidades para a realização desse procedimento; e uma voltada para acompanhar homens interessados em realizá-lo. Sobre o preservativo, há uma pesquisa que busca identificar os fatores associados ao uso desse método na primeira relação sexual. Sobre o coito interrompido, consiste em um estudo clínico com casais para avaliar se há presença de espermatozoides no líquido pré-ejaculatório. Já em relação à contracepção de emergência, o estudo tem como objetivo analisar o acesso dos homens a esse método nas farmácias com ênfase nos profissionais desses estabelecimentos.

As quatro pesquisas que não enfocam o tema da anticoncepção são sobre sexualidade e educação sexual na experiência de homens asiáticos; a relação da idade paterna e o risco de aborto espontâneo; a experiência dos estudantes de medicina em relação a vieses de gênero; e a taxa de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs<sup>112</sup>) em pacientes que receberam a terapia de parceiro acelerada, isto é, quando um paciente diagnosticado com alguma IST recebe uma prescrição de tratamento ou de realização de exame também para seu parceiro ou parceiros.

Para além da divulgação das pesquisas do grupo, o site do laboratório oferece ferramentas de apoio e de divulgação científica relacionadas à saúde sexual e reprodutiva para homens, estudantes e profissionais de saúde: um quadro explicativo com exemplos de como os homens podem se engajar ou ser motivados a esse engajamento por profissionais da saúde; acesso grátis a artigos acadêmicos publicados pelo grupo de pesquisa ou por outros pesquisadores; textos curtos não acadêmicos sobre questões de saúde sexual e reprodutiva masculina; um mapa interativo em que os usuários podem encontrar serviços de saúde que realizam vasectomia na Califórnia; informações para o usuário descobrir se ele é elegível para

---

<sup>111</sup> Trata-se de um tipo de pesquisa quantitativa que pode ser definida como uma forma de coletar dados e informações a partir de características e opiniões de grupos de indivíduos. O questionário estruturado é o instrumento normalmente utilizado para a coleta de dados.

<sup>112</sup> Segundo o Ministério da Saúde brasileiro, a expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) foi substituída pela terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) porque esta última destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. Tal distinção existe também em língua inglesa entre as expressões *sexually transmitted disease (STD)* e *sexually transmitted infection (STI)*. No material do Emerge Lab, aparecem as duas expressões sem distinção entre elas, portanto, usarei as traduções DST ou IST para respeitar o termo adotado em cada texto analisado, mas em minhas análises usarei apenas a terminologia IST.

uma vasectomia grátis na Califórnia; um guia de estudos para médicos de família interessados em vasectomia sem bisturi; informações sobre terapia de parceiro acelerada para pacientes e para médicos; informações sobre acesso a serviços de saúde em Los Angeles voltadas para a saúde sexual, mais especificamente para o diagnóstico e tratamento de ISTs, e para obtenção de preservativos; informações sobre como se prevenir dessas infecções e como proceder caso seja diagnosticado com alguma delas; link para o site do projeto *LA Condoms*, que distribui preservativos grátis à população; divulgação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva fornecidos pela Planned Parenthood para homens; divulgação dos serviços de saúde masculina do centro de saúde da University of Southern California (USC); uma base de dados com periódicos científicos na área do planejamento familiar; links de sites, vídeos e notícias da mídia interessantes para a formação em planejamento familiar; artigos e recursos para pesquisadores em formação, como textos sobre metodologia de pesquisa, guia para revisar artigos científicos e divulgação de oportunidades de financiamento de pesquisas.

Antes de analisar o trabalho do Emerge Lab no tema da contracepção, as fontes utilizadas serão apresentadas. Até meados de 2022, o laboratório possuía um site e perfis nas redes sociais Instagram e Twitter. Todos foram incluídos em uma primeira leitura, mas somente textos e imagens retirados do site e do perfil no Instagram foram selecionados para a análise com o fim de limitar o material a ser trabalhado. Devido à grande quantidade de postagens, muitas das quais produzidas por outros atores e retuitadas pelo Emerge Lab, ao baixo número de referências ao tema da contracepção especificamente e ao tamanho reduzido dos textos característico dessa plataforma, a conta no Twitter foi excluída da análise.

Criado em 2019, o perfil no Instagram tinha 92 publicações até julho de 2022 e 177 seguidores como é possível ver na Figura 5. Esse número de seguidores é considerado muito baixo para os parâmetros dessa rede social e todas as publicações também recebem um número muito baixo de curtidas, em média dez curtidas por postagem.

Figura 5 - Cabeçalho do perfil do Instagram do Emerge Lab



Fonte: EMERGE LAB b. Acesso em: 14 de julho de 2022.

Se, em relação ao site, não é possível saber quantas pessoas tinham acesso ao conteúdo produzido pelo Emerge Lab, essas reações no Instagram indicam um relativo fracasso no alcance de público. Ao menos 177 pessoas tinham acesso às postagens do laboratório até julho de 2022 – é necessário considerar que outras pessoas podem ver as postagens, mas não seguem a página –, mas poucas interagem com o conteúdo, não há praticamente nenhum comentário de outros perfis nas postagens e poucas pessoas curtem sinalizando que consideraram o conteúdo interessante ou que estão de acordo com o que está sendo divulgado. A proposta do Emerge Lab de usar as redes sociais como ferramenta para conscientizar homens e a sociedade em geral sobre questões de saúde sexual e reprodutiva parece não estar sendo bem-sucedida, ao menos no caso do Instagram. Obviamente, indivíduos podem ter aprendido algo ou modificado determinadas posturas sobre certos temas com esse conteúdo, mas seria muito otimista acreditar que ele tem impacto significativo em algum grupo social.

Aqui, interessa os caminhos tomados por esse grupo de pesquisa para a viabilização de novas tecnologias contraceptivas para homens na atualidade. Com esse objetivo, das 92 publicações realizadas entre 4 de janeiro de 2019 até 25 julho de 2022, foram selecionadas para análise apenas aquelas que tratavam do tema contracepção, chegando ao número de 17 postagens que estão abaixo apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2: Postagens do perfil do Emerge Lab no Instagram sobre contracepção

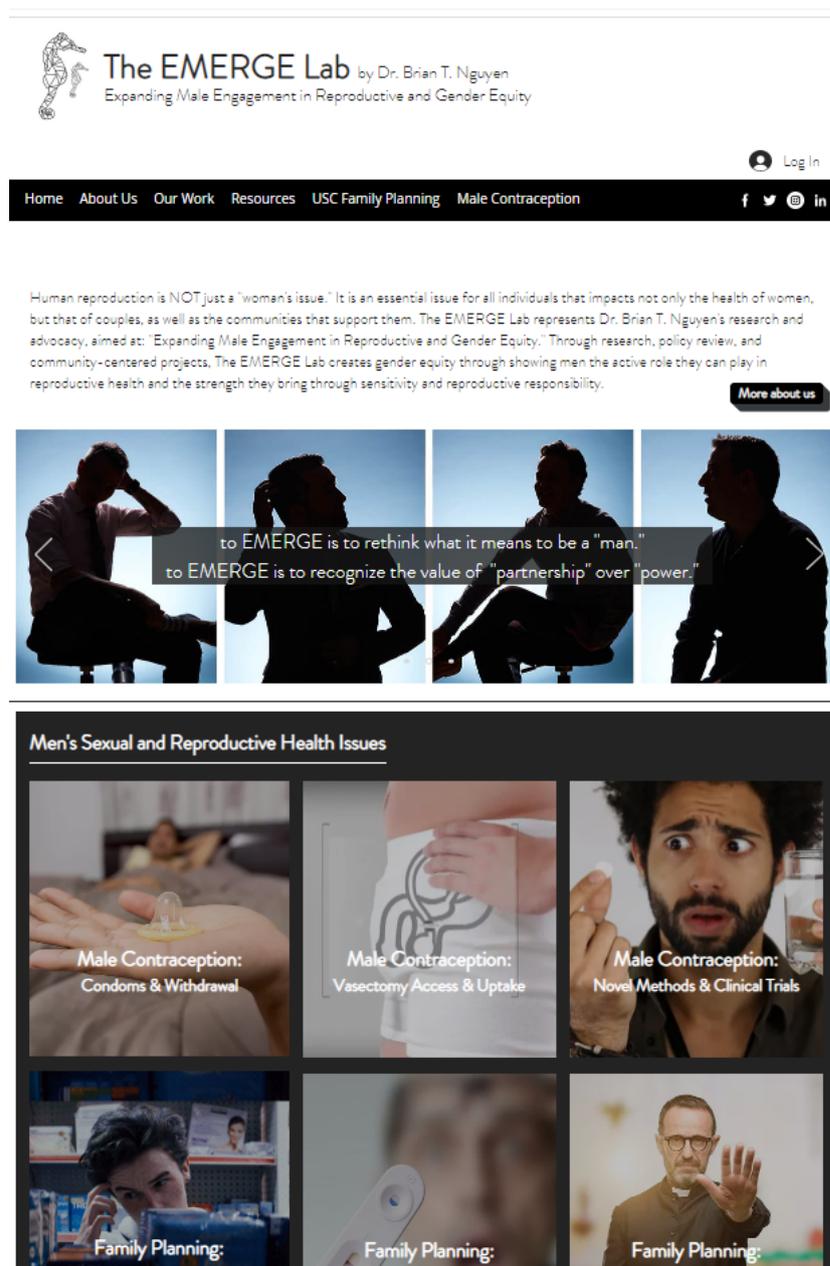
<b>Data da publicação</b>	<b>Tema</b>	<b>Descrição</b>	<b>Número de curtidas</b>
13 de março de 2022	Conhecimento sobre contraceptivos	Vídeo em que homens são perguntados sobre os contraceptivos que conhecem	7
25 de fevereiro de 2022	Motivação para participar de estudos clínicos de contraceptivos masculinos	Vídeo em que homens que desejam participar de estudos clínicos de contraceptivos masculinos relatam suas motivações	6
16 de fevereiro de 2022	Compra adiantada de contracepção de emergência por homens	Vídeo de humor sobre a compra de contraceptivo de emergência que afirma que, se a compra desse contraceptivo for com antecedência, deixa de ser emergência e passa a ser bom planejamento	70
22 de outubro de 2021	Pesquisas sobre novos contraceptivos masculinos	Vídeo de uma matéria jornalística sobre a quantidade de estudos de contraceptivos masculinos. Há uma comparação com o número muito maior de estudos sobre disfunção erétil	7
24 de abril de 2020	Participação dos homens na contracepção	Divulgação de artigo científico sobre o uso do DIU por mulheres no pós-parto e as barreiras a esse uso impostas pelos parceiros	7
21 de fevereiro de 2020	Vasectomia	Divulgação de matéria na revista <i>Playboy</i> sobre vasectomia	11
20 de fevereiro de 2020	Equidade contraceptiva	Divulgação de matéria no jornal <i>The Atlantic</i> sobre a divisão de custos de anticoncepcionais entre casais	9

<b>Data da publicação</b>	<b>Tema</b>	<b>Descrição</b>	<b>Número de curtidas</b>
9 de novembro de 2019	Uso de contraceptivos por homens jovens	Divulgação de artigo científico escrito por Nguyen e colegas sobre as perspectivas de homens jovens sobre sexo sem contracepção	14
29 de outubro de 2019	Abordagem médica a pacientes homens sobre testes de DSTs e sobre vasectomia	Vídeo com Nguyen simulando como seria uma consulta ideal com um paciente homem no consultório de ginecologia	7
19 de agosto de 2019	Desenvolvimento de novos contraceptivos masculinos	Vídeo de entrevista com um representante do Population Council explicando porque é difícil desenvolver anticoncepcionais para homens e apresentando o gel contraceptivo NES/T em estudo clínico	7

<b>Data da publicação</b>	<b>Tema</b>	<b>Descrição</b>	<b>Número de curtidas</b>
29 de julho de 2019	Participação dos homens na contracepção	Vídeo de matéria da <i>ABC News</i> sobre um casal de participantes do estudo clínico do gel NES/T	6
18 de maio de 2019	Vasectomia e aborto	Meme com um outdoor escrito: “Contra o aborto? Faça uma vasectomia”	16
26 de abril de 2019	Aceitabilidade de métodos masculinos por homens negros	Divulgação de pesquisa realizada pelo Emerge Lab com homens negros de Los Angeles. Fotos e vídeo de apresentação de trabalho em congresso	12
29 de março de 2019	Contraceptivos masculinos em desenvolvimento	Anúncio de conversa com Nguyen no Reddit para tirar as dúvidas do público sobre as tecnologias hormonais em desenvolvimento	11
21 de fevereiro de 2019	Explicação sobre o funcionamento do gel NES/T	Animação em vídeo explicando como o gel deve ser usado e como funciona	6
12 de janeiro de 2019	Contracepção importa para mulheres e homens	Manchete de matéria da CNN sobre o uso de contraceptivos por mulheres com um adendo na imagem feito pelo Emerge Lab indicando que os homens são beneficiados por esse uso de contraceptivo por suas parceiras	6
12 de janeiro de 2019	Vasectomia	Foto de um pepino sendo cortado por uma faca. Legenda indicando que há muita desinformação sobre a vasectomia	4

O site do Emerge Lab (<https://www.theemergelab.com/>), por sua vez, é composto por seis seções, como é possível ver na Figura 6. Seleccionamos para análise apenas os conteúdos relacionados à apresentação do laboratório, aos seus objetivos e ao tema da contraceção.

Figura 6 – Página inicial do site do Emerge Lab (parte superior)



Fonte: EMERGE LAB. Acesso em: 03 de julho de 2022.

Na página inicial (*Home*), há uma apresentação do grupo de pesquisa e seus objetivos, além de pequenos textos sobre temas relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva dos homens. Esses textos curtos levam para sites de outras instituições, para artigos acadêmicos ou midiáticos. Só foram excluídos da presente análise os textos que não se relacionavam ao tema da contracepção.

Na seção “Sobre Nós” (*About Us*), há uma apresentação mais detalhada do grupo, seus membros, atividades e parceiros. Todo o conteúdo referente às atividades do grupo foi selecionado para análise, assim como parte da descrição do laboratório. Na seção “Nosso Trabalho” (*Our Work*), são apresentados os projetos de pesquisa e intervenção que estão em andamento e os projetos previstos para o futuro. Todo o conteúdo dessa seção relacionado à contracepção foi selecionado para análise.

Na seção “Recursos” (*Resources*), são apresentadas dicas, informações e ferramentas para estudantes e profissionais que queiram participar do laboratório. Apenas a parte do conteúdo relacionada a material para promoção e conscientização sobre a missão do laboratório foi selecionada para análise. A seção “USC Planejamento Familiar” (*USC Family Planning*) possui informações sobre o departamento de Planejamento Familiar da USC, bem como textos relevantes e um banco de dados com periódicos acadêmicos dessa área. Essa seção foi inteiramente excluída da análise por não ter nenhum conteúdo específico sobre contracepção. A última seção, “Contracepção Masculina” (*Male Contraception*) não foi incluída na análise uma vez que direciona para o site de outra instituição, do Center for Male Contraceptive Research & Development, organização voltada para a divulgação de estudos clínicos e fomento de métodos anticoncepcionais hormonais para homens, que é parceiro do Emerge Lab.

Como expresso, o objetivo do Emerge Lab é incluir os homens na saúde sexual e na saúde reprodutiva e fazer com que assumam suas responsabilidades nessas áreas promovendo a equidade de gênero. Assim, a análise da atuação desse grupo com ênfase na sua abordagem sobre a contracepção será iniciada justamente por como tal inclusão é concebida.

## **5.2 Incluindo os homens nos cuidados referentes à saúde reprodutiva e sexual**

Saúde sexual e saúde reprodutiva, conceitos centrais para o trabalho do laboratório, que aparecem diversas vezes no material analisado, não são expressamente definidas pelo grupo, são usadas como expressões de domínio público que não necessitam explicação sobre o

que abarcam. A ausência dos homens nessas áreas é concebida como um fato, um problema social que atinge principalmente a saúde e a condição das mulheres e o grupo busca realizar pesquisas e projetos de intervenção para mitigar tal problema.

Nesse contexto, o Emerge Lab fala em saúde sexual e saúde reprodutiva masculina de maneira relacional e não individual, isto é, não se trata de promover educação, acesso e cuidados de saúde sexual e reprodutiva para os homens como um fim em si mesmo e pensando-os individualmente, buscando somente melhora nas condições de vida e de saúde desses sujeitos. O foco do Emerge Lab é no casal heterossexual ou na mulher parceira. Seu objetivo declarado é intervir nos valores e práticas de homens para melhorar prioritariamente as condições de vida e a saúde das mulheres. Defende que, para as mulheres estarem bem e seguras, é preciso que os homens se envolvam nos temas da sexualidade e da reprodução, compartilhando o trabalho e as responsabilidades bem como cuidando da própria saúde. Mesmo que benefícios para a saúde dos homens individualmente também sejam apontados, o engajamento masculino no trabalho e nos cuidados relacionados à sexualidade e à reprodução é concebido principalmente como resposta a uma desigualdade entre os gêneros prejudicial a elas:

Nós nos importamos com as mulheres. Sejam nossas namoradas, esposas, parceiras, irmãs, mães, avós, amigas ou até estranhas que se identificam como mulheres ... nos importa que elas não sejam maltratadas ou tratadas de maneiras que não sejam equitativas. Não vamos tolerar isso. Saúde sexual e reprodutiva NÃO são apenas questões de mulheres. Tanto os homens como as mulheres se beneficiam quando os homens se tornam mais conscientes de seus próprios problemas de saúde sexual e reprodutiva e de como eles afetam os das mulheres (EMERGE LAB, tradução minha<sup>113</sup>).

Muitos dos problemas e patologias das mulheres vêm da falta de envolvimento dos homens na saúde reprodutiva. Quero obrigar os homens a se envolverem (EMERGE LAB, tradução minha<sup>114</sup>).

O Laboratório EMERGE do Dr. Brian T. Nguyen é um grupo de pesquisa comprometido com a proteção da saúde da mulher e da

---

<sup>113</sup> No original: “We care for women. Whether they're our girlfriends, wives, partners, sisters, mothers, grandmothers, friends, or even strangers who identify as women...we care that they do not get mistreated or treated in ways that aren't equitable. We won't stand for that. Sexual and reproductive health are NOT just women's issues. BOTH men and women benefit when men become more aware of their own sexual and reproductive health issues and how they impact those of women”.

<sup>114</sup> No original: “So many of women's problems and pathologies come from the lack of involvement of men in reproductive health. I want to compel men to become more engaged”.

equidade de gênero por meio do envolvimento de homens e parceiros masculinos (EMERGE LAB, tradução minha<sup>115</sup>)

Desta forma, a inserção dos homens é defendida principalmente através de argumentos sobre os benefícios que eles podem gerar na vida das mulheres, deixando em segundo plano os benefícios para a sua própria vida e saúde. É um chamado à responsabilidade, mas principalmente à responsabilidade em relação à parceira. Para ilustrar o que entende como envolvimento ativo em questões de saúde reprodutiva e sexual que prescreve para os homens, o grupo de pesquisa apresenta em seu site algumas maneiras de engajamento para os homens e para que profissionais de saúde ou ativistas os envolvam. No contexto da gravidez, é aconselhado que os homens acompanhem o pré-natal e forneçam informações sobre o histórico de saúde da sua família; aprendam a como apoiar a parceira para que ela tenha uma gravidez saudável; apoiem no trabalho de parto; apoiem a amamentação contínua; recebam apoio para ansiedade e depressão pós-parto. É importante destacar que o conselho sobre depressão pós-parto se refere a essa doença tanto nas mulheres como nos homens. Geralmente o diagnóstico de depressão pós-parto é limitado às mulheres, mas o laboratório indica que pode acometer os homens e que eles devem estar informados sobre esse fenômeno e buscar tratamentos quando necessário.

No contexto da medicina preventiva e da ginecologia, é aconselhado que os homens sejam testados para ISTs e recebam a vacina do HPV assim como as mulheres. No contexto do planejamento familiar, é aconselhado que recebam a mesma educação que as mulheres sobre contracepção e aborto, que dividam a responsabilidade da contracepção e defendam um maior acesso das mulheres a esses métodos. No contexto das pesquisas e produção de conhecimentos sobre a infertilidade, é aconselhado que se retire o foco das mulheres e que aumente a exploração dos motivos masculinos. No contexto da violência de gênero, é aconselhado que os homens jovens aprendam a ter relacionamentos sexuais saudáveis. No contexto da educação médica, é aconselhado que, ao invés de excluir os homens do ambiente da saúde da mulher, os educadores devem buscar formá-los para que se tornem aliados das mulheres.

É importante ressaltar que a proposta do Emerge de inclusão dos homens nos cuidados com a saúde sexual e com a saúde reprodutiva também se relaciona com questões de poder do campo da ginecologia, especificamente nos EUA. Segundo dados do próprio laboratório, cada vez há menos homens se especializando nessa área no país:

---

<sup>115</sup> No original: “The EMERGE Lab by Dr. Brian T. Nguyen is a research group committed to the protection of women's health and gender equity via the engagement of men and male partners”.

O desaparecimento de homens do ambiente de saúde da mulher, embora importante para a preservação da autonomia da mulher, reforça estereótipos de que os homens não são capazes de entender ou apoiar adequadamente as mulheres. Em vez de excluir os homens, os educadores devem procurar educar os homens para se tornarem aliados e defensores (EMERGE LAB, tradução minha<sup>116</sup>).

Assim, quando o Emerge Lab defende que ginecologistas também atendam homens em relação a questões de saúde reprodutiva e sexual, além da inclusão desses pacientes nos cuidados com tais âmbitos da vida, essa defesa tem a ver igualmente com um interesse em expandir o escopo de atuação desses especialistas e talvez garantir mercado para ginecologistas homens, partindo-se da lógica de que os homens vão preferir se consultar com eles assim como mulheres parecem preferir se consultar com mulheres.

As fotos, tanto do site como das postagens do Instagram, também ilustram o foco do Emerge no casal e não nos homens individualmente, como é possível ver na Figura 7. Dentre as 33 imagens presentes nos documentos selecionados, 17 são fotos com pessoas; dessas, 11 são imagens com casais heterossexuais:

Figura 7– Fotos casais heterossexuais no material do Emerge Lab



Fonte: EMERGE LAB. Acesso em: 03 de julho de 2022.

<sup>116</sup> No original: “The disappearance of men from women's healthcare settings, while important for the preservation of women's autonomy, reinforces stereotypes about men not being able to understand or adequately support women. Rather than exclude men, educators should seek to educate men to become allies and advocates.”

Nesses retratos, buscam apresentar certa diversidade com pessoas de idades e raças distintas, o que é comum é a intimidade, a expressão de carinho e de felicidade dos casais, levando-nos a concebê-los como parceiros em relacionamentos bem-sucedidos. É possível notar pelo vestuário que eles provavelmente pertencem às camadas médias ou até altas, mas não há pessoas visivelmente pobres retratadas.

Em contraposição a essas imagens de casais, há apenas quatro fotos de homens, sozinhos ou em grupo. Dessas, em apenas uma é possível ver o rosto do homem retratado. Nas outras, ou aparece apenas parte do seu tronco ou os rostos estão cobertos por uma sombra, sendo difícil enxergá-los nitidamente. Assim, o conjunto das fotos associa casais heterossexuais felizes, íntimos e carinhosos ao público que o Emerge quer atingir. Parece que os homens que o laboratório busca engajar são aqueles de camadas médias e altas, envolvidos em relações íntimas com mulheres e que o tipo de relação de companheirismo que têm com elas é encarado como um motivo para o seu engajamento nos cuidados e responsabilidades associados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Também é necessário apontar que, apesar do símbolo do Emerge Lab fazer referência à paternidade através do cavalo-marinho, há apenas uma foto representando a paternidade (foto em preto e branco de um homem beijando a barriga de uma mulher grávida presente na Figura 7 acima). Inclusive existe uma foto para representar a maternidade, que retrata apenas uma mãe e um bebê em cena de intimidade e carinho, não havendo nenhuma foto equivalente para retratar a paternidade. Pode-se dizer que a relação com a parceira do sexo feminino é priorizada em contraste com a relação de paternidade no material analisado. Sobre esse tema, há uma pesquisa em relação à influência da idade paterna em casos de aborto espontâneo e algumas postagens no Instagram sobre tal pesquisa, sobre licença paternidade e sobre paternidade engajada, mas não foram incluídas no material selecionado por não tratarem do tema da contracepção. De qualquer forma, é possível afirmar que, apesar da produção do laboratório enfatizar a necessidade de paternidades engajadas e positivas, não é via responsabilidade com os filhos e com a paternidade que se argumenta a necessidade dos homens se engajarem em questões de saúde sexual e reprodutiva, o argumento prioritário para o envolvimento dos homens nessas áreas foca na sua responsabilidade e afeto em relação às mulheres.

Assim, o grupo de pesquisa trata a saúde sexual e a saúde reprodutiva masculina de maneira relacional e cis-heteronormativa. O público alvo do laboratório são homens cisgêneros e heterossexuais, de camadas médias e altas e principalmente aqueles em um relacionamento estável com uma mulher como mostrado pelas fotos e trechos do site. São esses e não os homens em geral que o grupo busca engajar nas responsabilidades reprodutivas e sexuais. Fala-se em

saúde reprodutiva masculina – inclusive essa é uma *hashtag* que aparece no site (#malereproductivehealth) – mas é importante ressaltar que apenas alguns homens e suas questões reprodutivas são abordadas pelo grupo.

### 5.3 O homem cuidadoso engajado em um relacionamento heterossexual estável

Como visto, os principais argumentos utilizados pelo Emerge Lab para fomentar o interesse e o engajamento masculino na saúde reprodutiva e na saúde sexual são os efeitos das atitudes masculinas sobre suas parceiras. Deve-se cuidar da própria saúde pela parceira, deve-se assumir responsabilidades para diminuir o fardo dela. “Emergir é reconhecer o valor da ‘parceria’ sobre o ‘poder’” (EMERGE LAB, tradução minha<sup>117</sup>). Assim, a noção da parceria com as mulheres é central para os argumentos do laboratório, mas essa parceria é pensada principalmente no âmbito de relações íntimas. Homens que não estejam envolvidos com nenhuma mulher, aqueles que não se envolvem sexualmente com mulheres, aqueles que se envolvem simultaneamente com várias pessoas ou aqueles engajados em relações esporádicas com mulheres sem criação de vínculos temporalmente significativos não são tão contemplados pelo trabalho do laboratório, indicando um componente moral focado na heteronorma e na monogamia.

As palavras “consciente” e “conscientização” (*aware; awareness*) aparecem algumas vezes no material selecionado tanto para descrever os homens engajados como para descrever o trabalho do grupo: “Ambos os homens e mulheres se beneficiam quando os homens se tornam mais conscientes de seus próprios problemas de saúde sexual e reprodutiva e de como eles afetam os das mulheres” (EMERGE LAB, tradução minha<sup>118</sup>). Da mesma forma, os adjetivos “moderno” e “contemporâneo”<sup>119</sup> também aparecem para caracterizar os homens que compartilham as propostas do laboratório. Como já apareceu em citações acima, ambos são usados para explicar o símbolo do laboratório: “O cavalo-marinho geométrico é o homem moderno que assume maior responsabilidade reprodutiva por seu envolvimento na gravidez”;

---

<sup>117</sup> No original: “To EMERGE is to recognize the value of ‘partnership’ over ‘power’”.

<sup>118</sup> No original: “Both men and women benefit when men become more aware of their own sexual and reproductive health issues and how they impact those of women”.

<sup>119</sup> Tanto moderno como contemporâneo aqui têm o significado de pertencente à época histórica em que se vive.

“Nosso logo é uma representação contemporânea da paternidade, (...)” (EMERGE LAB, tradução minha<sup>120</sup>).

O público-alvo do laboratório é configurado como homens modernos, conscientes e cuidadosos, mas esse cuidado é pensado principalmente em relação à mulher. Em entrevista postada no Instagram do laboratório em 29 de julho de 2019 com um casal que participa de estudo clínico do gel contraceptivo hormonal NES/T, o homem participante afirma que muitos homens que amam e se importam o suficiente com suas parceiras considerariam participar dos testes. Em uma parte do vídeo, ele aparece fazendo carinho na cabeça da sua esposa, o que parece ilustrar intimidade e amorosidade entre eles. Em outra parte, ele é mostrado lavando louça, o que parece ser uma associação feita pela matéria entre engajamento em trabalho contraceptivo e trabalho doméstico. A mensagem parece ser: o homem cuidadoso e moderno, que já realiza trabalho doméstico, irá participar também dos cuidados contraceptivos com as novas tecnologias anticoncepcionais.

O não engajamento masculino na saúde sexual e reprodutiva é tomado pelo laboratório como um problema que deve ser modificado, mas, os homens, ao menos aqueles do público-alvo do grupo de pesquisa, não são apresentados como resistentes às propostas de se engajarem mais em cuidados com a saúde. Em geral, esses homens são apresentados como desejosos de tais mudanças: homens que querem usar um contraceptivo masculino; homens que cogitariam fazer uma vasectomia, mas não têm acesso a informações sobre o procedimento ou a serviços que o realizam; homens que tentam comprar contracepção de emergência na farmácia e não conseguem; homens que já se engajam na prevenção de gravidez.

Em um vídeo publicado no Instagram do Emerge Lab em 29 de outubro de 2019, há a simulação de uma consulta de um homem com um ginecologista visando demonstrar como deveria ser a abordagem desse especialista com um paciente homem. No vídeo, Brian T. Nguyen interpreta um ginecologista atendendo um homem negro de 32 anos, com três filhos, sem problemas médicos, que foi se consultar para realizar testes de ISTs. Após ouvir o que o paciente buscava e pedir os exames, o médico pergunta se há mais alguma questão e o paciente informa que gostaria que sua parceira conseguisse prescrição de outro método contraceptivo para que substituíssem o preservativo. Nguyen explica a ele que os homens deveriam saber mais sobre os métodos femininos para poderem conversar com suas parceiras e defende que a contracepção não é uma questão da mulher e sim do casal, mostrando-lhe um cartaz explicativo

---

<sup>120</sup> No original: “The geometric SEAHORSE is the modern man taking up greater reproductive responsibility via his involvement in pregnancy.”; “Our logo is a contemporary depiction of fatherhood (...)”.

sobre métodos contraceptivos femininos. Após esse diálogo, o médico pergunta ao paciente se alguém já lhe havia falado sobre métodos permanentes, ao que ele responde primeiro negativamente, mas depois pergunta se o médico estava falando sobre aquele procedimento de amarrar os tubos dos homens, ao que Brian Nguyen responde afirmativamente, falando que se chama vasectomia e passa a explicar tal procedimento. O vídeo ilustra a noção de um homem que já se engaja em algumas questões – busca por testagem de ISTs, busca por um método contraceptivo mais eficaz – mas que ainda precisa ter mais informações e ser incentivado.

Assim, ao mesmo tempo em que uma mudança nas concepções e práticas dos homens nas áreas da saúde sexual e da saúde reprodutiva é defendida – “Emergir é repensar o que significa ser um ‘homem’ ” (EMERGE LAB, tradução minha<sup>121</sup>) – e a existência do laboratório tem como objetivo fomentar novas masculinidades envolvidas com essas temáticas, a descrição e a apresentação dos homens no material do Emerge Lab caracteriza-os também como já engajados em alguns contextos – “Os homens estão envolvidos na prevenção de gravidezes indesejadas” (EMERGE LAB, tradução minha<sup>122</sup>) – bem como desejosos de se engajarem.

Resistências à proposta do laboratório são associadas a homens mal educados e mal informados e também a valores ultrapassados que se contrapõem aos valores modernos defendidos pelo EMERGE Lab e aos homens conscientes e modernos a quem o laboratório se dirige e busca forjar. Deste modo, apenas homens ignorantes, mal informados e antiquados se oporiam à proposta do grupo de pesquisa, diferentemente de homens conscientes e modernos, em relações íntimas e bem-sucedidas com mulheres, que já se engajam em algumas questões relacionadas aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, mas só precisariam ser melhor informados e educados para se conscientizarem e mudarem seu comportamento de maneira mais ampla nesses âmbitos da vida.

Uma postagem no Instagram em 9 de novembro de 2019 para a divulgação de um artigo acadêmico de membros do Emerge Lab sobre o uso de preservativos por homens jovens dos EUA possui a seguinte legenda que acompanha a foto da primeira página do artigo:

Mesmo quando homens jovens dizem que não querem engravidar uma mulher, nós descobrimos que quase a metade deles não espera usar contracepção quando tiver sexo! Eles podem usar camisinhas ou eles podem verificar se suas parceiras estão usando contraceptivos...eles

---

<sup>121</sup> No original: To EMERGE is to rethink what it means to be a “man”.

<sup>122</sup> No original: Men are invested in preventing unintended pregnancies.

NÃO PODEM apenas dizer coisas ignorantes como: “A responsabilidade é dela” (EMERGE LAB, tradução minha<sup>123</sup>).

Essa postagem elucida como um dado que indica resistência por parte de homens a uma prescrição do laboratório, mais especificamente, a participação na contracepção, é associada à ignorância. Essa caracterização como uma postura ignorante vai ao encontro da centralidade que a educação e a difusão de informações têm no trabalho do Emerge. Para explicar esse número tão alto de homens jovens que não têm a pretensão de usar camisinha, a argumentação do laboratório foca na falta de conhecimento, na ignorância.

Outra postagem no Instagram no dia 24 de abril de 2020 apresenta um artigo científico sobre barreiras impostas pelos cônjuges masculinos ao uso do DIU por mulheres no pós parto. Esse trabalho não é de autoria dos membros do laboratório, mas foi divulgado em seu perfil e na legenda que acompanha a foto com a capa do artigo aparece a afirmação:

Ao contrário do que alguns homens acreditam, a inserção pós-placentária ou imediatamente após o parto do DIU é perfeitamente segura para a amamentação e ALTAMENTE eficaz para o espaçamento e a prevenção da gravidez (EMERGE LAB b, tradução minha<sup>124</sup>).

Nesse caso, mais uma vez a postura negativa de homens em relação a determinado método contraceptivo é associada à falta de informação correta com embasamento científico. Subentende-se que os homens impõem entraves ao uso do DIU por suas parceiras por falta de conhecimento sobre a segurança do método, logo, reforça-se indiretamente a necessidade de uma melhor instrução sobre métodos contraceptivos.

#### 5.4 Educação e acesso como solução

Para a mudança da relação dos homens com os cuidados reprodutivos e sexuais, dois fatores ganham destaque no trabalho do Emerge Lab: educação e acesso. O grupo defende que os homens sejam mais informados e educados sobre tais temas e que tenham mais acesso a serviços e tecnologias de saúde sexual e reprodutiva:

---

<sup>123</sup> No original: Even when young men say they don't want to get a woman pregnant, we found that almost half STILL don't expect to use [#contraception](#) when they have sex! They can use [#condoms](#) or they can verify that their female partners are using contraception...they CANNOT just say ignorant things like, "It's her responsibility".

<sup>124</sup> No original: “Contrary to what some men believe, an IUD that's placed post-placentally or immediately after the delivery is perfectly safe for breastfeeding and HIGHLY effective for pregnancy spacing and pregnancy prevention”.

Os homens estão envolvidos na prevenção de gravidezes indesejadas e devem receber a mesma educação que as mulheres sobre aborto e contracepção (EMERGE LAB, tradução minha<sup>125</sup>).

(...) homens jovens precisam aprender a manter relacionamentos sexuais saudáveis (EMERGE LAB, tradução minha<sup>126</sup>).

Após a gravidez, a contracepção não deve ser apenas um trabalho da mulher – parceiros masculinos e novos pais devem ser educados sobre contraceptivos eficazes, como o DIU (...) (EMERGE LAB b, tradução minha<sup>127</sup>).

Em nossa experiência, essas são mensagens fáceis para os homens apoiarem. A única parte difícil é fazê-los olhar e ouvir a mensagem. É aí que você entra. A seguir, alguns recursos úteis para divulgar o EMERGE Lab (EMERGE LAB, tradução minha<sup>128</sup>).

A questão da educação também aparece em relação à formação de profissionais de saúde. Se é necessário educar os homens em geral para que se engajem nessas áreas de uma maneira equitativa, também é preciso garantir que tenham acesso aos serviços de saúde, para isso, é imprescindível haver profissionais formados para atender suas demandas:

Infelizmente, a vasectomia é pouco usada e as mulheres são mais propensas a serem submetidas à cirurgia do que seus parceiros masculinos. Por quê? Algumas pessoas culpam a falta de consciência ou apenas a apatia dos homens, mas acreditamos que, se recebidas todas as informações, os homens podem realmente estar mais dispostos a fazer uma vasectomia; o problema, porém, é o acesso. Onde eles iriam buscá-lo? Existem médicos suficientes disponíveis para fornecer vasectomias quando os homens as querem? Nossas pesquisas nas clínicas locais de planejamento familiar ajudam a responder a essa pergunta (EMERGE LAB, tradução minha<sup>129</sup>).

---

<sup>125</sup> No original: “Men are invested in preventing unintended pregnancies and should receive the same education as women in abortion and Contraception”.

<sup>126</sup> No original: “(...) young men need to learn how to maintain healthy sexual relationships”.

<sup>127</sup> No original: “After pregnancy, contraception shouldn't be just a woman's job - male partners and new fathers should be educated about effective birth control like IUD (...)”.

<sup>128</sup> No original: “In our experience, these are easy messages for men to get behind. The only difficult part is making them look at and listen to the message. That's where you come in. The following are some helpful resources for spreading the word about the EMERGE Lab”.

<sup>129</sup> No original: “Unfortunately, vasectomy is infrequently used and women are more likely to undergo surgery than their male partners. Why? Some people blame men's lack of awareness or just apathy, but we believe that if given all the information, men might actually be more willing to have a vasectomy; the problem though, is access. Where they would go to get it? Are there enough doctors out there who're available to provide vasectomies when men want them? Our surveys of local family planning clinics helps to answer this question”.

Sabemos que precisamos aumentar o número de prestadores de vasectomia em todo o país ( EMERGE LAB, tradução minha<sup>130</sup>).

Embora os homens não possam UTILIZAR a contracepção de emergência, eles devem COMPRAR a contracepção de emergência (CE) para suas parceiras quando necessário. O acesso dos homens à CE é essencial para reduzir a carga financeira e logística que as mulheres carregam. Farmacêuticos e provedores de farmácias com preconceitos implícitos sobre os homens podem ser uma barreira ao acesso (EMERGE LAB, tradução minha<sup>131</sup>).

As possíveis causas para o problema do não engajamento masculino na saúde sexual e reprodutiva não são apresentadas e debatidas explicitamente na produção desse grupo de pesquisa. Contudo, a partir das suas prescrições, é possível compreender que a falta de conhecimento, de informação e de acesso dos homens surgem como motivos para a desigualdade entre os gêneros, para o não engajamento deles na saúde sexual e na saúde reprodutiva. A seguir, será focado o trabalho do Emerge Lab no âmbito da contracepção.

## 5.5 A contracepção na produção do Emerge Lab

Em relação aos métodos contraceptivos masculinos disponíveis, o Emerge Lab destaca a limitação da eficácia do coito interrompido e do preservativo masculino para a prevenção de gravidezes, mas não descarta o uso de tais métodos, apesar de sua baixa eficácia. Reconhecendo que são métodos bastantes difundidos para a anticoncepção, o grupo realiza estudos com eles. No caso do coito interrompido, há pesquisa para melhor entender o seu funcionamento e, no caso do preservativo, para entender o que condiciona e motiva o seu uso:

O coito interrompido é comumente usado para prevenir a gravidez, para o bem e para o mal. AINDA não sabemos muito sobre como usá-lo e o quão realmente é eficaz. Alguns homens usaram o coito interrompido a vida inteira sem gravidez indesejada; outros tiveram menos sucesso ...

---

<sup>130</sup> No original: “We know that we need to increase the number of vasectomy providers across the nation”.

<sup>131</sup> No original: “While men cannot USE emergency contraception, they should be able to PURCHASE EC for their female partners when needed. Men's access to EC is essential to reducing the financial and logistic burden that women bear. Pharmacists and pharmacy providers with implicit biases about men may be a barrier to access”.

Queremos saber o porquê! (EMERGE LAB, tradução minha<sup>132</sup>, destaque no original).

Os homens têm apenas preservativos, vasectomia e coito interrompido como opções contraceptivas. Preservativos e coito interrompido são métodos de baixa eficácia, mas geralmente são usados independentemente de quem você seja. Se não conseguirmos que as pessoas usem métodos melhores, podemos pelo menos ajudar as pessoas a usarem melhor esses métodos (EMERGE LAB, tradução minha<sup>133</sup>).

Um argumento bastante difundido no campo dos novos contraceptivos masculinos é a inadequação dos métodos disponíveis na atualidade para homens. Nesse contexto, é comum o uso de estatísticas para demonstrar a relativamente alta taxa de gravidez do coito interrompido e da camisinha, relacionada principalmente à incidência de erros humanos no uso de tais métodos. Como o Emerge Lab não trata apenas do fomento a novas tecnologias contraceptivas para homens e busca aumentar a participação masculina na contracepção, os métodos masculinos existentes são mais valorizados no seu trabalho. Busca-se aumentar o conhecimento científico sobre tais métodos, ao mesmo tempo que informar e educar as pessoas sobre eles.

Em relação ao preservativo masculino, é muito comum atores do campo dos novos contraceptivos em desenvolvimento terem que responder à preocupação sobre o abandono dessa tecnologia, até então, a única capaz de prevenir a transmissão de ISTs, por causa do surgimento das tecnologias que produzem ou fomentam. Nesse caso, o Emerge Lab não foi uma exceção, em uma postagem no Instagram, defende que um novo anticoncepcional masculino não diminuiria mais o uso de camisinha do que qualquer outra tecnologia contraceptiva feminina como as já disponíveis.

A vasectomia, por sua vez, é apresentada como método não reversível. No trabalho do Emerge Lab, a reversibilidade desse procedimento nem é considerada, diferentemente de outros atores do campo da contracepção que indicam a possibilidade de reversão, mesmo que baixa. Como já citado, a questão do acesso dos homens à realização de vasectomias, bem como ao conhecimento a respeito dessa opção para evitar gravidez é bastante enfocada na produção

---

<sup>132</sup> No original: “‘Pulling out’ or withdrawal is commonly used to prevent pregnancy, for better or worse. We STILL don’t know very much about how to use it and how effective it really is. Some men have used withdrawal their whole lives without any unwanted pregnancies; others have been less successful...We want to know why!”.

<sup>133</sup> No original: “Men only have condoms, vasectomy, and withdrawal as contraceptive options. Condoms and withdrawal are low efficacy methods, yet they’re used commonly no matter who you are. If we can’t get people to use better methods, we can at least help people use these methods better”.

do grupo. Ela é apresentada como uma opção mais segura e barata e como um procedimento mais rápido do que as cirurgias de esterilização em mulheres:

A vasectomia é um dos métodos mais seguros e eficazes de esterilização masculina. Diferentemente dos procedimentos de esterilização para mulheres, a vasectomia pode ser realizada no consultório, tornando-a significativamente mais barata. Como a vasectomia simplesmente interrompe o transporte de espermatozoides através do ducto deferente, NÃO afeta o status hormonal de um homem e NÃO afeta sua libido ou função sexual (EMERGE LAB, tradução minha<sup>134</sup>).

No acima citado vídeo em que Brian T. Nguyen encena com um ator um atendimento clínico a um homem no consultório de ginecologia, o paciente, mesmo após o médico afirmar que se tratava de um procedimento seguro e eficaz, questiona sobre interferências da vasectomia no orgasmo e no desejo sexual, indicando que essa seria uma questão importante para os homens. Como resposta, Nguyen afirma que, se a vasectomia afetasse esses aspectos, não seria realizada em ninguém. Ele então usa uma frase metafórica para explicar o resultado da vasectomia “todo o suco, sem sementes” (*all juice, no seeds*). Tal frase aparece outras vezes no material selecionado, sendo apresentada como uma maneira rápida e ilustrativa de explicar para os homens que o procedimento não interfere no orgasmo e na ejaculação.

Esses casos são exemplos de como a função sexual masculina segue recebendo grande atenção no campo da contracepção. A menção com destaque a não interferência da vasectomia nos hormônios – “Como a vasectomia simplesmente interrompe o transporte de espermatozoides através do ducto deferente, NÃO afeta o status hormonal de um homem e NÃO afeta sua libido ou função sexual” – ilustra também o medo relacionado a alterações nos chamados hormonais sexuais, compreendidos como associados à virilidade e à masculinidade. Como já expressei, tal medo é um entrave ao desenvolvimento de novos métodos hormonais para homens e é utilizado por atores envolvidos no desenvolvimento e fomento de métodos não hormonais, que enfatizam a segurança de tais tecnologias justamente com base no fato de não atuarem sobre hormônios.

Ao mesmo tempo em que ressalta que a vasectomia não influencia nos hormônios dos homens, como uma informação relevante e que poderia aumentar a disposição deles para realizarem o procedimento, o Emerge Lab promove novos métodos hormonais masculinos. Inclusive, como será exposto adiante, o grupo apenas promove esse tipo de método enquanto

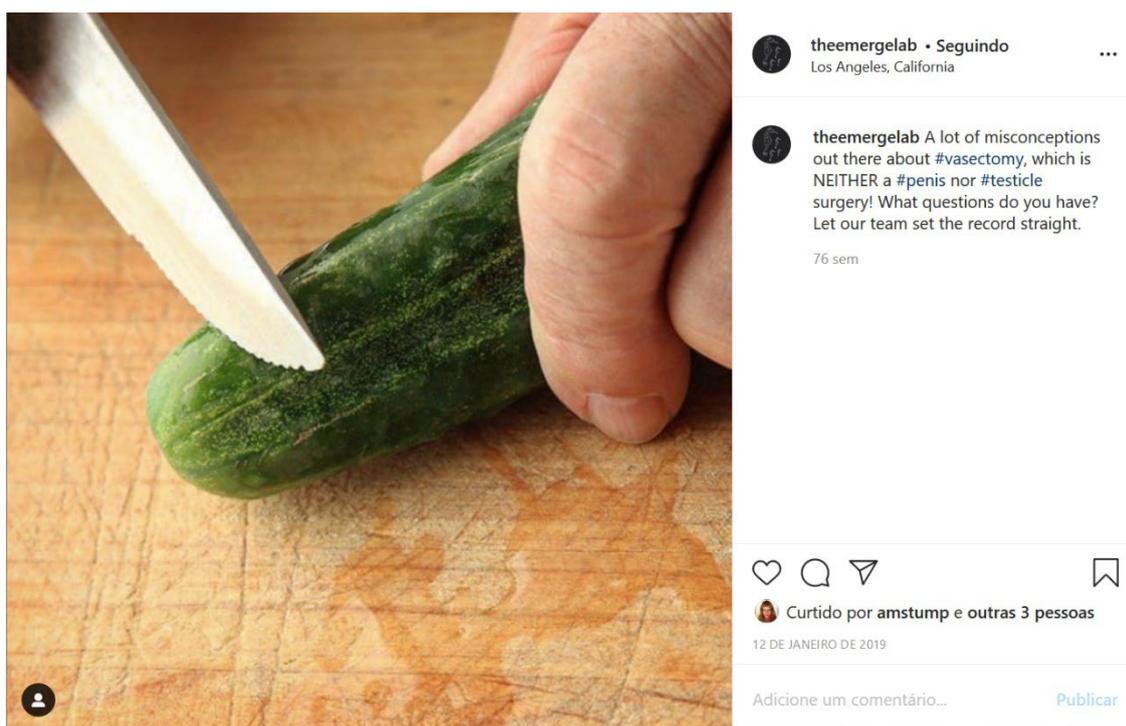
---

<sup>134</sup> No original: “Vasectomy is one of the safest and most effective methods of male sterilization. Unlike sterilization procedures for women, vasectomy can be performed in the office, making it significantly less expensive. Because vasectomy simply interrupts the transport of sperm through the vas deferens, it does NOT affect a man's hormonal status and does NOT impact his libido or sexual function.”

os métodos não-hormonais em desenvolvimento não são contemplados em seu trabalho de pesquisa e *advocacy*.

O laboratório enfatiza que há muitas concepções equivocadas em relação à vasectomia e justamente uma das primeiras postagens no seu Instagram, em 12 de janeiro de 2019, foi sobre esse tema. Nela, há uma foto de um pepino apoiado em um superfície de madeira com uma faca em sua ponta indicando que irá cortá-la para simbolizar a ideia errônea de um pênis sendo cortado na realização de uma vasectomia (FIGURA 8). Na legenda: “Muitos equívocos por aí sobre a vasectomia, que não é nem uma cirurgia de #pênis nem de #testículo! Que perguntas você tem? Deixe nossa equipe esclarecer as coisas” (EMERGE LAB b, tradução minha).

Figura 8 – Post Instagram Emerge sobre vasectomia



Fonte: EMERGE LAB b. Acesso em: 05 de julho de 2022.

Nesse mesmo sentido de “desmistificar” a vasectomia, há outra postagem no Instagram, em 21 de fevereiro de 2019, sobre uma matéria na revista *Playboy* sobre tal procedimento. Na legenda da postagem, é celebrado o fato da revista ter publicado uma narrativa sexualmente positiva em relação à vasectomia e afirma-se que os homens também

querem liberdade sexual. Fazendo referência à liberdade sexual proporcionada por anticoncepcionais e o que eles teriam garantido às mulheres. A legenda segue com a citação de um homem que foi entrevistado e relatou que ele e sua esposa gostam muito de fazer sexo e que a vasectomia lhes facilitou poder fazê-lo em qualquer lugar. Percebe-se a valorização da função sexual dos homens através da reiteração de que não haverá impacto nesse âmbito, mas também através de uma possível melhora que a vasectomia proporcionaria na prática sexual por retirar dela as preocupações com uma gravidez indesejada.

Em relação a métodos femininos, apenas a pílula para contracepção de emergência ganha mais destaque no trabalho do laboratório com uma pesquisa sobre o acesso dos homens a essa tecnologia nas farmácias da Califórnia. Apesar de não haver restrições à compra desse método por parte deles, há relatos de homens que foram impedidos de realizá-la em alguns estabelecimentos. O DIU aparece somente em uma postagem já citada do Instagram em que é apresentado como um método seguro e eficaz e os métodos de esterilização são citados em contraponto à vasectomia e caracterizados como mais complexos, caros e menos seguros do que ela. O que se destaca dos métodos femininos é a defesa da necessidade dos homens os conhecerem, compartilharem os seus custos com as mulheres, encorajá-las a usar métodos mais eficazes, ajudá-las e apoiá-las a ter mais acesso a ele através de militância e *advocacy* e terem acesso à compra dos métodos disponíveis em farmácias.

Em relação aos novos contraceptivos masculinos em estudo, o Emerge Lab foca nos métodos hormonais, como já citado. Divulga tais tecnologias em desenvolvimento, realiza pesquisas sobre sua aceitabilidade e segurança e incentiva os homens a se inscreverem para participar dos estudos clínicos que estão recrutando voluntários:

Extremamente encorajador ver os rapazes compartilharem a responsabilidade pelo planejamento familiar. Contracepção não é apenas uma questão de mulheres. É uma questão de casal e os homens nesses ensaios estão assumindo a liderança para tornar a contracepção masculina uma realidade. Verifique @malecontraception para obter mais informações sobre como se envolver (EMERGE LAB b, tradução minha<sup>135</sup>).

O site e o perfil no Instagram do laboratório apresentam links para instituições que estão recrutando sujeitos para participarem nos testes. É interessante ressaltar a ideia apresentada de que os homens engajados nesses estudos estariam assumindo a liderança na área

---

<sup>135</sup> No original: “Extremely encouraging to see #guys share the responsibility for #familyplanning. #BirthControl isn't just a women's issue. It's a couple's issue and the #men in these trials are taking the lead to make #malecontraception a reality. Check @malecontraception for more info on how to get involved”.

da contracepção masculina. Ser um líder é uma característica associada a modelos dominantes de masculinidades e ilustra como o Emerge busca masculinizar o uso de contraceptivos por homens.

A ideia de hiperfertilidade masculina como substituto para contracepção masculina que aparece no material do Emerge Lab também pode ser compreendida como outra tentativa de masculinizar a contracepção. Essa noção foi criada pelo Center for Male Contraceptive Research & Development, instituição voltada para a divulgação de estudos clínicos e fomento de métodos anticoncepcionais hormonais para homens, que é parceiro do Emerge Lab.

Em seu site, o Center for Male Contraceptive Research & Development apresenta “HYPRFRTL” como a marca da contracepção masculina. O termo faz referência à palavra inglesa hyperfertile, que em português significa hiperfértil. Trata-se de uma proposta para engajar os homens na contracepção, pois, segundo seus idealizadores:

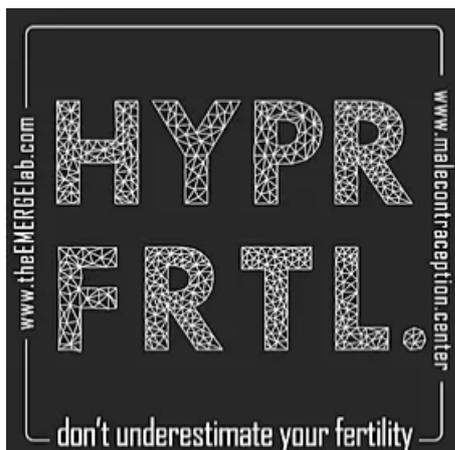
Como a concepção não ocorre nos homens e os homens não dão à luz, a contracepção e o controle de natalidade são geralmente conceitos estranhos aos homens, que podem se identificar com uma narrativa alternativa. Tanto o prefixo “contra” como a palavra “controle” implicam uma tentativa de restringir ou limitar, o que também pode ser contrário às inclinações da masculinidade ou do comportamento masculino. HYPRFRTL é a forma desprovida de vogais de “hyperfertile”, que é um reconhecimento contemporâneo do problema que alguns homens enfrentam. Para alguns homens, ser hiperfértil pode ser valioso, enquanto, para outros, ser hiperfértil pode levar a consequências prejudiciais. De qualquer maneira, o desenvolvimento da contracepção masculina oferece aos homens uma escolha após o reconhecimento de que os homens são criaturas reprodutivas cuja inteligência e intenção podem afetar a direção de sua fertilidade (CENTER FOR MALE CONTRACEPTIVE RESEARCH & DEVELOPMENT, tradução minha<sup>136</sup>)

Como pode ser visto na Figura 9 abaixo, a ideia da hiperfertilidade masculina aparece no site do Emerge em adesivo de divulgação em parceria com o Center for Male Contraceptive Research & Development no qual está escrito: “Não subestime sua fertilidade” (tradução minha):

---

<sup>136</sup> No original: “As conception does not occur in men and as men don’t give birth, contraception and birth control are generally foreign concepts to men, who may identify with an alternative narrative. Both the prefix “contra” and the word “control” imply an attempt to restrain or limit, which may also run counter to the inclinations of masculinity or masculine behavior. HYPRFRTL is the disemvoweled form of “hyperfertile,” which is a contemporary acknowledgment of the issue that some men face. For some men, being hyperfertile may be valuable; while for others, being hyperfertile may lead to detrimental consequences. Either way, the development of male contraception provides men with a choice following the acknowledgment that men are reproductive creatures whose intelligence and intention can affect the direction of their fertility.”

Figura 9 – Adesivo de divulgação HYPRFRTL



Fonte: EMERGE LAB. Acesso em: 01 de junho de 2022.

Junto ao adesivo há uma pequena explicação sobre o que é HYPRFRTL:

Criamos esses adesivos provocantes para os membros distribuírem para atrair a atenção das pessoas sobre o EMERGE Lab e o nosso trabalho. HYPRFRTL é uma descrição contemporânea, talvez mais masculina, de um problema que afeta mais de um terço dos homens em idade reprodutiva – a gravidez não planejada. É real. Os homens experimentam e são afetados por isso de maneiras que não devem ser subestimadas (EMERGE LAB, tradução minha<sup>137</sup>).

Quanto aos produtos em desenvolvimento, o laboratório não apresenta com detalhes tecnologias específicas. Divulga a ideia de contraceptivos masculinos hormonais, sua realidade, cientificidade, eficácia, segurança, reversibilidade, seu mecanismo de ação e as múltiplas formas farmacêuticas em que está sendo desenvolvido:

Os contraceptivos hormonais masculinos são REAIS e estão sendo testados em ensaios clínicos em humanos (EMERGE LAB, tradução minha<sup>138</sup>, destaque no original).

Décadas de pesquisa já provaram que os contraceptivos hormonais masculinos são eficazes, reversíveis e têm efeitos colaterais mínimos e toleráveis. Sabemos há décadas que a geração de espermatozoides pode ser completamente interrompida dando apenas testosterona aos homens, mas adicionando progestinas (uma versão sintética de outro

<sup>137</sup> No original: “We created these provocative stickers for members to distribute to get people's attention about the EMERGE Lab and our work. HYPRFRTL is a contemporary, perhaps more masculine, depiction of an issue that affects more than a third of reproductive age men--unplanned pregnancy. It's real. Men experience it and are affected by it in ways that shouldn't be underestimated”.

<sup>138</sup> No original: “Male hormonal contraceptives are REAL and are currently being tested in human clinical trials”.

hormônio sexual que ocorre naturalmente), os métodos se tornam dramaticamente mais eficazes (EMERGE LAB, tradução minha<sup>139</sup>).

Você pode pensar que os contraceptivos hormonais masculinos tomarão a forma de "pílula" para homens, mas estamos trabalhando em injeções intramusculares, implantes subcutâneos e até mesmo géis tópicos (EMERGE LAB, tradução minha<sup>140</sup>).

A eficácia, a reversibilidade e a segurança para os usuários desses métodos são apresentadas como fatos científicos já comprovados por anos de pesquisa. Ao mesmo tempo, como citado, o Emerge Lab tem uma pesquisa sobre os efeitos adversos de métodos hormonais testados em que foi realizada uma revisão sistemática em artigos científicos sobre estudos clínicos dessas tecnologias para identificar que efeitos são reconhecidos e a sua frequência. Em artigo publicado sobre os resultados dessa pesquisa, foi indicado que são necessários dados de longo prazo para determinar a influência dos contraceptivos hormonais masculinos no risco cardiovascular e metabólico e que pesquisas futuras devem incorporar medidas padronizadas em relação à função sexual e ao humor, porém defende que os primeiros testes sugerem ausência de danos graves no uso por até um ano dessas tecnologias por homens saudáveis (FRANKS; NGUYEN; DINALO, 2019). Assim, por um lado, em um texto acadêmico de membros do Emerge Lab, aparecem tecnologias biomédicas que não geram danos graves em um período de uso restrito a um ano. Por outro, um texto curto de divulgação científica no site do laboratório, indica que tais métodos são seguros com base em pesquisas científicas. Essa simplificação e também o maior otimismo em relação a dados das pesquisas é comum na tradução de textos científicos para a divulgação científica, mas não deixa de ser um dado de extrema relevância para entendermos os recursos usados pelos atores no processo de viabilização de novos contraceptivos para homens. Como visto, a segurança e os riscos associados a esses produtos são um fator central para a sua existência.

Nesse sentido, também chama atenção o fato da progestina ser apresentada em uma das citações acima como “uma versão sintética de outro hormônio sexual que ocorre naturalmente”. Associar a progestina presente em anticoncepcionais masculinos a algo que é natural ao corpo é um forma de caracterizá-la como uma substância que apresenta poucos

---

<sup>139</sup> No original: “Decades of research have now proven that MHCs are effective, reversible, and have minimal, tolerable side effects. We've known for decades that sperm creation can be stopped completely by giving men testosterone alone, but by adding progestins (a synthetic version of another naturally occurring sex hormone), methods become dramatically more effective”.

<sup>140</sup> No original: “You might think that MHCs are going to take the form of "the pill" for men, but we're working on intramuscular injections, subcutaneous implants, and even topical gels!”

riscos, afinal, trata-se de uma versão sintética de uma substância endógena, a progesterona. Diversas biotecnologias hormonais têm como um dos argumentos que legitimam a sua segurança essa ideia de uma proximidade com a “natureza” do próprio corpo. Como expresso, os pesquisadores que desenvolveram a pílula nos anos 1960 já haviam lançado mão desse argumento.

Por sua vez, a informação de que é uma versão de outro hormônio que ocorre naturalmente, sem citar o nome progesterona, substância ainda concebida como hormônio sexual feminino, também pode ser entendida como uma forma de eludir que se trata de uma substância “feminizante” de acordo com o senso comum. Apesar de que o termo progestina faça alusão ao termo progesterona, esse último é um conceito muito mais difundido entre leigos e associado às mulheres, por isso, sua supressão no texto deve ser levada em consideração. Também é importante ressaltar que, ao mesmo tempo em a vasectomia é apresentada como um método que não atinge os hormônios dos homens, não há nenhuma menção nos textos sobre esses novos contraceptivos hormonais em desenvolvimento a respeito de qualquer problema ou risco associado ao uso dessas substâncias para a anticoncepção.

No citado vídeo em que encena um modelo para o atendimento de homens em uma consulta ginecológica, Brian T. Nguyen afirma que as empresas farmacêuticas precisam entender que os homens querem usar contraceptivos masculinos. Por outro lado, o Emerge Lab se engaja na produção de dados sobre essa demanda masculina e problematiza o otimismo de algumas pesquisas já realizadas. A defesa de que existe uma demanda para esses produtos segue uma constante entre atores do campo da contracepção masculina. O interesse de homens de diversas nacionalidades por tais tecnologias é frequentemente afirmado e comprovado através de estatísticas, porém os pesquisadores do Emerge Lab fazem uma ressalva:

Pesquisas que examinam o mercado de contraceptivos masculinos podem estar superestimando a disposição dos homens de usar consistentemente novos métodos, uma vez que os homens não têm experiência no uso de medicamentos para evitar a gravidez. Explorações das experiências de homens que estavam realmente em testes ativos podem fornecer estimativas mais confiáveis da disposição dos homens de usar contraceptivos masculinos no futuro (EMERGE LAB, tradução minha<sup>141</sup>)

---

<sup>141</sup> No original: “Surveys examining the market for male contraceptives may be overestimating men's willingness to consistently use novel methods given that men have no experience with using medications to avoid pregnancy. Explorations of the experiences of men who were actually in active trials may provide more reliable estimates of men's willingness to use male contraceptives in the future”.

O fato da contracepção não fazer parte do processo de medicalização dos homens é encarado pelo Emerge Lab como um entrave para a demanda dessas tecnologias. Afinal, eles não estariam acostumados e predispostos a usar esses tipos de fármacos ou dispositivos em seus corpos. Tal tipo de problematização tende a não aparecer no discurso público de outras instituições fomentadoras de contraceptivos masculinos, as quais focam apenas na confirmação da demanda para os produtos em desenvolvimento.

Outro entrave para o desenvolvimento de novos anticoncepcionais masculinos, que não costuma ser apontado no discurso público dos atores fomentadores, é a dificuldade para recrutar voluntários para participar dos testes. As instituições promotoras em geral se restringem a divulgar os estudos e a incentivar que os casais se engajem. Para ter mais dados para lidar com essa dificuldade na testagem de anticoncepcionais para homens, o Emerge realiza uma pesquisa sobre as expectativas de compensação financeira por voluntários:

Os estudos contraceptivos enfrentam dificuldade com o recrutamento, já que esquemas experimentais são dados a indivíduos saudáveis que podem experimentar efeitos colaterais ou eventos adversos de novos medicamentos. A compensação pode ajudar no recrutamento, no entanto, a quantia da compensação a ser dada que impeça incentivos indesejáveis ou coerção indireta carece de qualquer evidência de linha de base (EMERGE LAB, tradução minha<sup>142</sup>).

Assim, ao mesmo tempo em que o Emerge Lab compartilha as atividades de fomento de novos anticoncepcionais para homens apresentando um discurso próximo ao de outras instituições, por se tratar de um grupo universitário de pesquisa na área do planejamento familiar, encara tais tecnologias como um objeto de pesquisa para obter dados que ajudem na sua viabilização. Nesse contexto, não se trata apenas de divulgar a ideia de novos contraceptivos masculinos para o público leigo visando que mais pessoas tenham interesse nessas tecnologias, mas também de colaborar com outros atores do campo para compreender melhor as barreiras a essas tecnologias e buscar soluções para elas. Essa dupla inserção do laboratório como agente de fomento, mas também como grupo científico realizador de pesquisa acadêmica faz com que o seu discurso tenha mais complexidades que o dos atores voltados apenas para a promoção dessas tecnologias, mesmo que esses últimos se apresentem com um discurso baseado na ciência.

---

<sup>142</sup> No original: “Contraceptive studies face difficult recruitment since experimental regimens are given to healthy individuals who may experience off-target effects or adverse events from new drugs. Compensation can help recruiting, however the amount of compensation to give that balances and prevents untoward incentivization or indirect coercion lacks any baseline evidence”.

Em geral, para confirmar a existência de demanda para tais produtos é apresentada a porcentagem de homens de um determinado país que afirma ter interesse em usar um novo contraceptivo masculino, sem fazer distinção entre os grupos sociais e as diferentes performances de masculinidades que eles engendram. Como já expressei, o laboratório realiza pesquisa qualitativa sobre aceitabilidade de contraceptivos masculinos com homens de três grupos minoritários de Los Angeles, negros, asiáticos e latinos, e justifica o foco nesses grupos com o dado de que há maior incidência de gravidezes não planejadas em grupos minoritários nos EUA: “Gravidez não planejada é mais comum entre as minorias americanas. Os contraceptivos desenvolvidos para reduzir essas taxas devem, portanto, levar em consideração as atitudes das minorias” (EMERGE LAB, tradução minha<sup>143</sup>). A centralidade da taxa de gravidezes não planejadas aparece e é colocada como motivo para o desenvolvimento de novos contraceptivos masculinos.

É preciso olhar para a diversidade dos homens para compreender a demanda por novos anticoncepcionais, vários marcadores sociais vão atravessar a relação do sujeito com a contracepção. O Emerge Lab recortou sua análise a partir do marcador de raça devido a essa associação com gravidezes não planejadas. Ao associar tais grupos com maiores índices de gravidezes não intencionais e ao relacionar a necessidade de novos contraceptivos masculinos à diminuição desses índices, os grupos minoritários poderiam ser entendidos, em certo sentido, também como público-alvo desses contraceptivos. Por outro lado, ao serem associados a maiores índices de gravidezes involuntárias, tais grupos são associados a uma maior resistência à prática contraceptiva ou à falta de acesso e educação sobre os métodos contraceptivos.

No caso dos homens negros, uma possível resistência à participação em estudos clínicos e ao uso das novas tecnologias é levantada pelo laboratório e é compreendida como motivação para a realização da pesquisa com esse grupo. Porém, em postagem no Instagram, divulgando a apresentação dos resultados dessa pesquisa em um congresso acadêmico, nega-se a existência de uma resistência:

Contraceptivos masculinos são reais e os ensaios estão recrutando ativamente em Los Angeles, mas se os construirmos, os homens virão? Dada a história de desconfiança médica, e os homens negros? Descobrimos que contracepção masculina pode ser consistente com as

---

<sup>143</sup> No original: “Unplanned pregnancy is more common among US minorities. Contraceptives developed to reduce these rates should therefore take minority attitudes into account”.

narrativas de masculinidade dos homens negros (EMERGE LAB b, tradução minha<sup>144</sup>).

O trecho faz menção ao histórico de violações por parte de profissionais da saúde em relação a homens negros nos EUA, principalmente no tratamento dado àqueles envolvidos em estudos clínicos. Um marco dessa história é o caso Tuskegee, assim nomeado em referência ao centro de saúde em que se realizou o estudo. Trata-se de um estudo clínico realizado com homens negros entre 1932 e 1972 pelo serviço de saúde pública dos EUA para estudar a sífilis. O objetivo era observar a evolução da doença sem intervenção médica e os sujeitos envolvidos não tiveram acesso ao seu diagnóstico. Até a década de 1950, não havia medicação comprovada contra a sífilis, mas, a partir de então, os sujeitos da pesquisa foram mantidos sem diagnóstico e sem tratamento mesmo com a disponibilidade do medicamento. Participaram 600 homens negros do Alabama, dentre os quais 399 tinham sífilis e mais de cem participantes morreram em decorrência da doença ou de complicações a ela associadas. Somente em 1997, o governo fez um pedido formal de desculpas às vítimas desse caso, quando apenas oito dos participantes estavam vivos (GOLDIM, 1999). Nesse contexto, para além dos motivos de resistência dos homens em geral, a relação dos homens negros e de outras minorias com tais estudos deve ser compreendida a partir de um histórico em que populações mais vulneráveis sofreram diversos tipos de abusos em pesquisas científicas.

Se na divulgação no Instagram dessa pesquisa com homens negros de Los Angeles é afirmado de maneira otimista que a contracepção masculina não teria atrito com masculinidades negras, no site do laboratório, por sua vez, na descrição dessa pesquisa, é apresentado o título de um artigo ainda não publicado a ela referente que enfatiza a desconfiança dos homens negros: “‘Não serei uma cobaia’: desconfiança médica como barreira à contracepção masculina para negros americanos em Los Angeles, CA” (EMERGE LAB, tradução minha<sup>145</sup>). A diferença do conteúdo da divulgação científica em relação aos artigos científicos em si é novamente ilustrada.

Nessa parte do site onde a pesquisa com homens negros de Los Angeles é exibida, há uma foto em que aparece um homem negro segurando um comprimido e um copo de água com uma expressão de dúvida, espanto e/ou medo, como é possível ver na Figura 10 abaixo. Como já expressei, são 17 fotos de pessoas no material selecionado, dessas, há quatro fotos somente

---

<sup>144</sup> No original: “@malecontraception is real and trials are actively recruiting in Los Angeles, but if we build it, will men come? Given a history of medical mistrust, what about #blackmen? We find that #malebirthcontrol can be consistent with Black men's #masculinity narratives”.

<sup>145</sup> No original: “I’m not going to be a guinea pig”: medical mistrust as a barrier to male contraception for Black Americans in Los Angeles, CA”.

com homens, sem a presença de uma mulher. Dessas quatro, apenas na Figura 10 é possível ver nitidamente o rosto do homem e sua expressão é muito significativa, ela representa as dúvidas, desconfianças e medos de homens, de um homem negro mais especificamente nesse caso, em usar uma “pílula contraceptiva”.

Figura 10 – Foto do site do Emerge Lab de um homem negro com comprimido



Fonte: EMERGE LAB. Acesso em: 10 de julho de 2022.

As imagens que aparecem no topo da página inicial do site (Figura 11), por sua vez, representam homens “emergindo”, ilustra homens que seguem a filosofia do laboratório e estariam conversando, debatendo e refletindo sobre questões de saúde sexual, saúde reprodutiva e equidade de gênero. Nelas, há uma sombra que impede que vejamos bem os rostos dos indivíduos, mas é possível identificar apenas um homem negro dentre os oito homens retratados, os demais parecem ser brancos. São homens adultos que aparentam estar na faixa dos 30 ou 40 anos, bem-vestidos com roupas que indicam pertencimento a camadas médias ou até altas e pode ser interpretado que estão juntos em uma espécie de grupo focal ou roda de conversa, suas poses e expressões aparentando que estão refletindo ou argumentando. Como as fotos são cortadas separando cada um dos sujeitos, pode ser interpretado que isso representa a individualidade de cada um, as características, pensamentos e necessidades próprias, mas também pode-se imaginar que eles não estão juntos e que são na verdade quatro fotos separadas de homens no mesmo lugar conversando e refletindo com alguém “atrás da câmera”. O fato de

não podermos ver nitidamente os rostos desses homens deve ser levado em consideração, será que simboliza privacidade, intimidade, uma garantia de sigilo aos usuários de serviços de saúde sexual e reprodutiva? Uma concepção de que são questões do âmbito privado?

Figura 11- Imagens de abertura do site do Emerge Lab



Fonte: EMERGE LAB. Acesso em: 10 de julho de 2022.

Em contraposição às fotos de casais, algumas das quais expostas na Figura 7 acima, não há muita diversidade na concepção do homem que “emerge”. O fato de haver apenas um homem negro entre os oito homens que parecem retratar o público do Emerge e uma foto nítida de um homem negro demonstrando resistência a um fármaco contraceptivo deve ser levado em consideração. Como expresso, a imagem do homem negro com a pílula ilustra justamente uma pesquisa voltada para possíveis barreiras desse público com a contraceção, sendo uma foto pertinente. Porém, quando ela é associada às outras imagens do material selecionado, é possível presumir que o homem “moderno, consciente e cuidadoso”, que representa o homem a quem se dirige o grupo de pesquisa, é um homem prioritariamente branco. Se entre os casais há diversidade, nas fotos com tecnologias ou retratando consultas médicas associadas à saúde sexual e reprodutiva, prevalecem pessoas brancas.

Figura 12 – Foto que ilustra a pesquisa do Emerge Lab sobre acesso à vasectomia na Califórnia



Fonte: EMERGE LAB. Acesso em: 10 de julho de 2022.

Figura 13 – Foto que ilustra a pesquisa do Emerge Lab sobre uso de preservativo no primeiro sexo



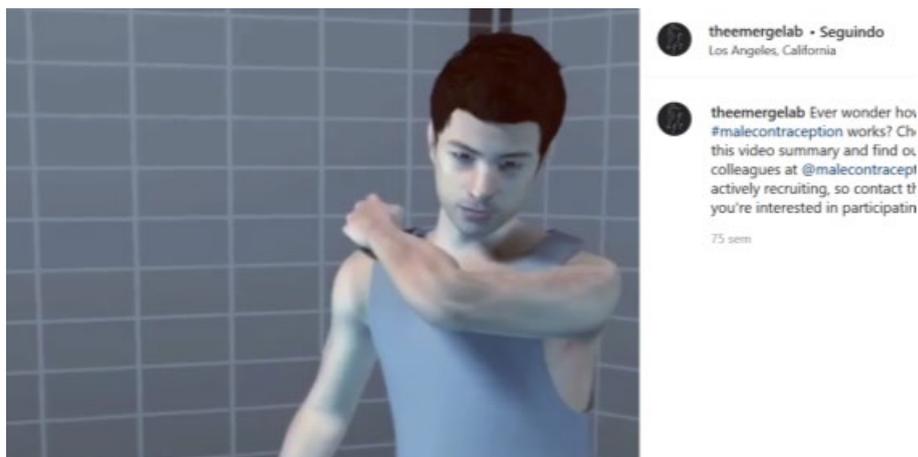
Fonte: EMERGE LAB. Acesso em: 10 de julho de 2022.

Figura 14 – Foto que ilustra pesquisa do Emerge Lab sobre aceitabilidade de contraceptivos masculinos entre participantes de estudos clínicos



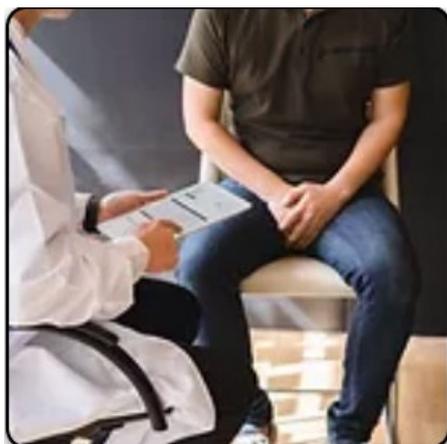
Fonte: EMERGE LAB. Acesso em: 10 de julho de 2022.

Figura 15- Animação postada no Instagram do Emerge Lab sobre gel contraceptivo hormonal



Fonte: EMERGE LAB b. Acesso em: 10 de julho de 2022.

Figura 16 - Foto que ilustra a pesquisa do Emerge Lab sobre compensação financeira para participantes de estudos clínicos de contraceptivos masculinos



Fonte: EMERGE LAB. Acesso em: 10 de julho

Na Figura 16 acima, em que é representado um homem branco em consulta com um profissional de saúde, o homem está sentado com as mãos posicionadas na altura do seu genital, como que o escondendo ou protegendo, o que pode ser interpretado como uma posição receosa em relação a tratamentos, estudos clínicos e tecnologias associados às funções reprodutivas e sexuais. Assim, ao mesmo tempo em que é um homem branco retratado indo a esse tipo de consulta ou se voluntariando em um estudo clínico, também é retratada uma postura que pode ser interpretada como reticente de sua parte. Como outra exceção a essa representação do homem branco usando as tecnologias contraceptivas ou serviços de saúde sexual e reprodutiva, no vídeo já citado diversas vezes em que é encenada uma consulta modelo de um paciente

homem no consultório de ginecologia, esse paciente é um homem negro. Há assim a representação de um homem negro indo buscar atendimento em saúde sexual.

As minorias estudadas pelos pesquisadores estão associadas a gravidezes não planejadas no trabalho do Emerge Lab e, indiretamente, a uma maior resistência ao uso de contraceptivos ou à maior dificuldade de acesso a eles. É principalmente por essa associação que são concebidos como público-alvo. Isto é, negros, latinos e asiáticos são associados, em certo sentido, a performances de masculinidades que o laboratório busca transformar e superar, aquelas em que a saúde e a responsabilidade reprodutiva não são contempladas. É relevante apontar como a foto que ilustra a pesquisa com homens latinos sobre sua aceitabilidade de contraceptivos masculinos é bastante estereotipada como é possível ver na Figura 17 abaixo:

Figura 17 -Foto do site do Emerge Lab sobre pesquisa com homens latinos



Fonte: EMERGE LAB. Acesso em: 10 de julho

Por outro lado, homens prioritariamente brancos, na faixa dos 30 ou 40 anos, de camadas médias, “modernos, conscientes e cuidadosos” aparecem como público-alvo também, mas de uma maneira mais positiva, como aqueles que já compartilham algumas das propostas do grupo, estão abertos e buscando melhorar.

## 5.6 Para concluir

O Emerge Lab busca atuar sobre os homens, seus comportamentos e valores, por isso, prescreve determinadas performances de masculinidade. Faz a proposta de “repensar o que

significa ser um homem” e desestabilizar modelos dominantes de masculinidade com a inclusão das questões de cuidado com as mulheres, principalmente com a parceira; cuidado e responsabilidade com saúde sexual e reprodutiva; engajamento nos cuidados e responsabilidades associados à gravidez e à paternidade; e busca por equidade de gênero. Desta forma, sensibilidade, cuidado, parceria, assumir a vulnerabilidade, apoio às mulheres, conversas com as parceiras, busca por profissionais de saúde sexual e reprodutiva são noções usadas nas prescrições do laboratório para os homens, noções que forjam homens que subvertem valores relacionados a prescrições de modelos dominantes de masculinidades.

Contudo, a produção do Emerge Lab, simultaneamente, também ratifica e valoriza certas qualidades afins a modelos dominantes de masculinidades. O uso de tais qualidades é uma estratégia para caracterizar atividades compreendidas como femininas a partir de valores associados ao masculino. Como visto, essa estratégia é antiga no campo da contracepção masculina, é um caminho tomado visando à criação de demanda para esses produtos através da construção de novos contraceptivos masculinos como “coisa de homens”.

Essa subversão de características caras a padrões hegemônicos de masculinidades simultânea à ratificação de outras dessas características é bem ilustrada pela ideia contida na hashtag #homemosuficiente (#manenough) presente no site do Emerge Lab. Ao mesmo tempo em que indica que “homens de verdade” se engajam na equidade de gênero e nos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, subvertendo a ausência dessas questões nos modelos hegemônicos que ditam o que é ser homem, utiliza-se da própria noção dominante de que ser homem é ter coragem para realizar certas ações. Assim, o homem que busca fazer as mudanças prescritas pelo laboratório é descrito como ou associado a noções caras a padrões dominantes de masculinidade: “líder”; “responsável”; “ativo”; “força”, “coragem”.

Nesse mesmo sentido, a centralidade da fertilidade para modelos dominantes de masculinidade também é ratificada através da noção de hiperfertilidade masculina. Como citado, o símbolo HYPRFRTL, que se refere à palavra inglesa *hyperfertile* (hiperfertil), representa “uma descrição contemporânea, talvez mais masculina, de um problema que afeta mais de um terço dos homens em idade reprodutiva – a gravidez não planejada.” (EMERGE LAB, tradução minha<sup>146</sup>). Esse exemplo é muito rico porque ilustra diversas questões associadas a noções dominantes sobre masculinidades como: a função sexual masculina associada a uma alta fertilidade; uma descrição positiva de uma função biológica masculina; a negação de controle sobre o corpo masculino através da substituição da expressão contracepção;

---

<sup>146</sup> No original: “HYPRFRTL is a contemporary, perhaps more masculine, depiction of an issue that affects more than a third of reproductive age men--unplanned pregnancy.”

o afastamento dos homens de uma atividade e termo associado à feminilidade, que é a contraceção.

As performances dominantes de masculinidade são marcadas principalmente por um afastamento de tudo o que é considerado feminino, o raciocínio parece ser diferenciar o máximo possível a prática dos homens da prática feminina. O termo hiperferlidade é usado justamente na direção dessa diferenciação: para os homens, trata-se de atuar sobre a sua grande potência fértil, enquanto, para as mulheres, trata-se de contraceção, controle. Essa noção de hiperfertilidade masculina é um conceito êmico não difundido, apenas encontrado no material do Emerge Lab e do seu parceiro Center for Male Contraceptive Research & Development. No entanto, ela reflete muito bem aspectos do trabalho de viabilização de novos contraceptivos masculinos relacionados a masculinizar a contraceção, torná-la afim a performances de masculinidades difundidas. No próprio trecho do site do Emerge Lab, citado acima, esse trabalho de “masculinização” é assumido quando se diz: “uma descrição contemporânea, talvez mais masculina”.

Por todo o exposto, o trabalho do Emerge Lab exemplifica muito bem estratégias do campo dos contraceptivos masculinos para viabilizar essas tecnologias. Trata-se de incluir a contraceção em repertórios positivos de masculinidades, subvertendo assim noções tradicionais para forjar o “homem moderno, consciente e cuidadoso” engajado na contraceção. Porém, simultaneamente, trata-se de “masculinizar” as tecnologias em desenvolvimento, sua testagem e o seu uso. Para isso, noções associadas a padrões dominantes de masculinidade são utilizados como forma de promover tais produtos e gerar interesse por parte dos homens. Portanto, o homem que “emerge” e usa contraceptivos masculinos é novo, mas nem tanto, sua construção é baseada tanto em subversões como em ratificações de padrões hegemônicos de masculinidades.

Inclusive, a inclusão dos cuidados com a saúde sexual e com a saúde reprodutiva, prescrita pelo laboratório para os homens, passa por um reforço da heteronormatividade, fator central para modelos dominantes de masculinidades. Como demonstrado ao longo do capítulo, é principalmente para cuidar da parceira do sexo feminino que os homens devem se engajar nesses aspectos da vida. As mulheres são apresentadas, em certo sentido, como necessitando proteção masculina, a vulnerabilidade delas mulheres é trazida à tona, sua saúde é apresentada como precisando de proteção: “O EMERGE Lab do Dr. Brian T. Nguyen é um grupo de

pesquisa comprometido com a proteção da saúde da mulher e da equidade de gênero por meio do envolvimento de homens e parceiros masculinos” (EMERGE LAB, tradução minha<sup>147</sup>).

Apesar da defesa de que é necessário que os homens se importem com todas as mulheres – “Nós nos importamos com as mulheres. Sejam nossas namoradas, esposas, parceiras, irmãs, mães, avós, amigas ou até estranhas que se identificam como mulheres ...” – é inegável um foco na relação heterossexual, no casal heterossexual. Assim, a inclusão das questões de cuidados sexuais e reprodutivos em performances de masculinidades passa pelo relacionamento heterossexual e pela proteção das mulheres. A vulnerabilidade não é associada aos homens, mas sim às suas parceiras. Eles precisam se cuidar não porque são vulneráveis, mas, principalmente, para proteger suas cônjuges. Desta forma, não é enfatizado que os homens devem se cuidar, devem se responsabilizar por tais questões independentemente de qualquer outra pessoa e independentemente da sua identidade de gênero, orientação sexual e estado civil. O engajamento em cuidados sexuais e reprodutivos é configurado em termos de dever, como uma responsabilidade, mas essa responsabilidade é principalmente em relação à parceira. A saúde sexual e a reprodutiva não aparecem tanto como questões e responsabilidades de ordem individual para os homens, sendo enfocados apenas homens que se relacionam com mulheres e, mais especificamente, aqueles que estão em relacionamentos estáveis com uma mulher.

No trabalho do laboratório, não se fala de saúde sexual e reprodutiva dos homens de maneira individualizada, mas de maneira relacional e com foco nas mulheres. A a linguagem do casal, o foco no bem-estar feminino marca o debate do Emerge Lab sobre saúde sexual e reprodutiva. Assim, é possível ver um paralelo no discurso do Emerge com a já mencionada estratégia de falar do casal em detrimento do homem como sujeito individualizado utilizada no campo do planejamento reprodutivo para engajar os homens no trabalho e cuidados reprodutivos sem conflitar com questões associadas à autonomia e segurança das mulheres.

O questionamento de uma concepção individualizada e igualitária dos direitos reprodutivos, tal como já exposto, consiste em riscos à autonomia da mulher em relação ao próprio corpo, como no exemplo mais significativo de que tal igualdade pode levar à defesa de que homens e mulheres têm o mesmo poder de decisão sobre uma gravidez, seu desfecho e as intervenções que irão ocorrer no corpo da mulher/feto. Quais seriam, por sua vez, os riscos associados a uma noção individualizada de saúde sexual e de saúde reprodutiva? Que os homens cis e trans, em qualquer idade, de qualquer orientação sexual e qualquer que seja o seu estado

---

<sup>147</sup> No original: “The EMERGE Lab by Dr. Brian T. Nguyen is a research group committed to the protection of women's health and gender equity via the engagement of men and male partners.”

civil tenham acesso a serviços e tecnologias de saúde sexual e reprodutiva de acordo com suas necessidades, bem como tenham responsabilidades e cuidados com esses âmbitos da sua fisiologia e vivência, não parece ser uma proposta que representa retrocessos para as políticas feministas, pelo contrário. É possível defender que homens e mulheres tenham direitos diferentes, questões de saúde sexual e reprodutiva diferentes, mas responsabilidades semelhantes e compartilhadas em relação à sexualidade e à reprodução.

Talvez o foco na saúde feminina e no casal do Emerge Lab seja uma estratégia para engajar os homens, apelando para a sua relação afetuosa com uma mulher como motivação para o seu engajamento. Talvez tal foco seja para evitar deslizamentos para as controvérsias associadas à concepções igualitárias de direitos reprodutivos. Porém, ao focar no casal, a proposta de inclusão dos homens nos cuidados com a sexualidade e a reprodução acaba sendo limitada. Realizar exames de ISTs; usar preservativo para prevenir ISTs; usar contraceptivos quando não desejar uma gravidez em relações heterossexuais entre pessoas férteis; informar-se sobre métodos contraceptivos nessas relações heterossexuais; ser educado sobre as funções sexual e reprodutiva, relações sexuais consensuais e inequidades de gênero, são alguns exemplos de cuidados nesses âmbitos que não dizem respeito apenas a relações heterossexuais estáveis e que deveriam ser tratadas como responsabilidades tanto de homens como de mulheres. Não se trata de negar o caráter relacional da saúde, principalmente da saúde sexual e reprodutiva, mas apontar a necessidade de inclusão e responsabilização dos homens em sua diversidade nesses âmbitos de cuidado e ressaltar que a saúde masculina não impacta apenas mulheres e tampouco apenas aquelas que eles reconhecem como parceiras estáveis e com quem “se importam”.

Por sua vez, a ausência dos conceitos de direitos sexuais e direitos reprodutivos no material analisado chama atenção, pois esses são conceitos que geralmente são acionados nas discussões em torno dos temas de saúde sexual e reprodutiva. Tal omissão pode ser entendida pela compreensão da inclusão dos homens na saúde sexual e reprodutiva em termos de dever e não de direitos, mas também como uma forma de evitar as controvérsias associadas às concepções desses direitos. Cabe ressaltar, porém, que é possível utilizar a linguagem desses direitos sem deslizar para a ideia de que homens e mulheres são iguais e devem ter os mesmos direitos em relação a uma gravidez. As concepções de direitos reprodutivos e sexuais não são únicas, há disputas sobre elas.

Por todo o exposto, o trabalho do Emerge Lab no processo de viabilização de novos contraceptivos masculinos é marcado pela defesa da equidade de gênero. Tal conceito não é explicado no material do grupo, mas é possível compreender que a inequidade no tocante aos

cuidados e responsabilidades com questões de saúde sexual e reprodutiva não é compreendida como prejudicial principalmente aos homens, como na abordagem que apareceu na última década no campo da contracepção masculina citada no capítulo anterior.

No trabalho do Emerge Lab, para defender a necessidade de novos anticoncepcionais masculinos, não foram usados como argumentos o “problema” dos homens terem que confiar nas mulheres e estas poderem ter dificuldades com o uso correto e contínuo dos métodos ou deliberadamente ocultarem do parceiro a suspensão ou o não uso de um método contraceptivo. Ao não apresentar argumentos de que todos devem ter direito ao controle da própria fertilidade ou de que todos têm direitos reprodutivos iguais ignorando as relações de poder entre os gêneros e o fato da gravidez ocorrer na mulher e impactá-la mais socialmente, o grupo consegue pautar o engajamento masculino na contracepção através da ideia de equidade contraceptiva e responsabilidade reprodutiva sem deslizar para os perigos da noção igualitária de direitos reprodutivos. Esse caminho parece bastante interessante para fomentar essas tecnologias desde uma perspectiva feminista, contanto que a responsabilidade reprodutiva dos homens abarque todos os homens férteis e que façam sexo com mulheres e que o engajamento deles seja uma responsabilidade independentemente da existência de uma mulher com a qual se relacionam.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, em geral, os obstáculos à produção de um novo contraceptivo masculino estão associados à configuração das relações de gênero, tendo como base a divisão sexual do trabalho que responsabiliza principalmente às mulheres pelo trabalho reprodutivo, indissociável da construção do corpo feminino como o corpo reprodutivo por excelência. Muitos desses entraves à criação de uma pílula masculina foram contornados pelos pesquisadores e fomentadores de contraceptivos masculinos: a dificuldade de recrutamento de voluntários para os estudos clínicos, o seguimento dos rígidos protocolos por parte desses voluntários, a falta de especialistas e de infraestrutura em uma mesma localidade. No entanto, a ausência da indústria farmacêutica e, conseqüentemente, a falta de capital e de *expertise* para realizar os estudos clínicos em larga escala dessas tecnologias, o modelo de avaliação de risco adotado que superestima os riscos de contraceptivos para homens, além da falta de demanda, no sentido de que não há nenhum grupo de futuros usuários reivindicando esses produtos, são entraves que ainda configuram tais tecnologias como improváveis a curto prazo.

Com a retirada das empresas farmacêuticas do campo da contracepção no final dos anos 1960, o protagonismo foi, desde então, de ONGs e de órgãos públicos nacionais ou internacionais. Uma novidade no campo da contracepção masculina foi o surgimento na década de 2010, no contexto europeu e estadunidense, de organizações voltadas exclusivamente para o fomento de anticoncepcionais para homens, como a Male Contraceptive Initiative, o Consórcio Internacional para Contracepção Masculina e o Center for Male Contraceptive Research & Development. No entanto, o investimento em métodos masculinos segue sendo muito inferior ao investimento em métodos femininos, com 95% do total investido sendo proveniente de órgãos públicos e ONGs. Essas últimas fazem campanhas de arrecadação de doações financeiras de pessoas físicas e jurídicas para realizar tais investimentos.

Assim, retomando a pergunta que abriu a introdução desta tese – após 60 anos de lançamento da pílula anticoncepcional, o que mudou em relação à produção de tecnologias contraceptivas? –, podemos identificar uma certa permanência dos atores protagonistas no desenvolvimento dessas tecnologias. A OMS que, a partir do final dos anos 1960, tornou-se a principal instituição na realização de pesquisa e desenvolvimento de contraceptivos femininos e masculinos, mantém o seu protagonismo na produção de novos anticoncepcionais para homens na atualidade.

Além disso, o paradigma hormonal se mantém no campo da contracepção masculina. A partir do sucesso e da difusão da pílula anticoncepcional, tal paradigma se instaurou e, mesmo com os muitos questionamentos sobre os efeitos dos hormônios sobre os corpos masculinos, com ênfase para a sua sexualidade e seu bem-estar emocional, as tecnologias hormonais para homens receberam historicamente mais investimentos e, conseqüentemente, estão mais avançadas nas testagens. Comparativamente, há menos tecnologias não hormonais em desenvolvimento na atualidade que já alcançaram a fase dos estudos clínicos.

No entanto, esse paradigma hormonal no campo da contracepção masculina é contestado por alguns atores importantes, como a ONG Male Contraceptive Initiative que fomenta apenas métodos não hormonais por considerar que estes serão mais seguros, mais eficazes e terão maior aceitabilidade do que os hormonais:

Podemos estar errados, mas nos sentiríamos muito melhor se outras abordagens para o desenvolvimento de contraceptivos masculinos recebessem tanta atenção e financiamento quanto os métodos hormonais masculinos – embora haja mais incógnitas para os métodos não hormonais, porque eles estão em estágios iniciais de pesquisa. É hora de um novo paradigma – contraceptivos masculinos não hormonais (MALE CONTRACEPTIVE INITIATIVE, tradução minha<sup>148</sup>).

Enquanto o paradigma hormonal prevalece, mas sofre uma maior oposição na contemporaneidade, o foco em métodos de longa duração – aqueles que possuem eficácia por no mínimo três anos – é mantido. Tais métodos seguem sendo considerados ideais pelos especialistas no campo da contracepção masculina por apresentarem menores taxas de erro de uso e de gravidezes não planejadas. Assim, apesar da defesa da importância de realizar investimentos em mais de uma tecnologia porque é considerado necessário que haja mais de um produto no mercado, já que um contraceptivo nunca é adequado para todas as pessoas, as tecnologias de longa duração seguem sendo concebidas como melhores e, portanto, as que merecem maior investimento.

Portanto, o foco em métodos contraceptivos reversíveis de longa duração e controlados pelo provedor em detrimento daqueles de curta duração e com maior autonomia dos usuários no seu emprego, indissociável da política de controle populacional de meados do século passado, permanece no campo da contracepção masculina. Mesmo com a ascensão do paradigma dos direitos reprodutivos no campo da contracepção, a prevenção de gravidezes não planejadas para o controle do crescimento populacional se mantém como objetivo central que guia a produção de novos contraceptivos na atualidade. Nesse contexto, o argumento que

---

<sup>148</sup> No original: “We could be wrong, but we feel much better if other approaches for developing male contraceptives were getting as much attention and funding as male hormonal methods - even though there are more unknowns for non-hormonal methods, because they are at earlier stages of research”.

relaciona crescimento populacional à pobreza e à degradação ambiental circula concomitantemente a argumentos relacionados aos direitos humanos no campo da contracepção para homens.

O Consórcio Internacional para Contracepção Masculina lançou dois manifestos para fomentar anticoncepcionais masculinos. Seu segundo manifesto, lançado em 2018, termina assim: “Pedimos ação! ‘Chegou a hora da contracepção masculina’ para beneficiar a saúde de homens e mulheres, o bem-estar de suas famílias, comunidades e do nosso planeta Terra” (THE SECOND PARIS MANIFESTO, 2018, tradução minha<sup>149</sup>). John Amory, pesquisador de tecnologias contraceptivas masculinas, afirmou em um texto sobre a necessidade de um novo anticoncepcional masculino que o crescimento populacional é caracterizado como uma das principais causas da pobreza e da degradação do meio ambiente. Nesse mesmo sentido, o então diretor executivo da ONG MCI publicou um texto, em 2014, apontando que metade das gravidezes nos EUA são não intencionais, em um contexto de crescimento da pobreza, e defendeu que “agora é o pior momento para uma gravidez não planejada desde a Grande Depressão” (tradução minha<sup>150</sup>) (PEREIRA, 2017).

Hartmann (2016) caracterizou o desenvolvimento dos contraceptivos modernos a partir de três tendências: (1) o foco nos corpos das mulheres; (2) o foco em tecnologias cirúrgicas ou sistêmicas em detrimento de métodos de barreira considerados mais seguros; (3) maior preocupação com a eficácia do que com a segurança dos métodos. É possível verificar a manutenção desse padrão no campo da contracepção na atualidade. No entanto, apesar da eficácia em prevenir gravidezes também ser central no campo da contracepção para homens, a segurança dos métodos voltados para eles recebe mais atenção do que a segurança dos métodos femininos. Esse fato, reflexo das políticas de gênero e da relação da biomedicina com corpos masculinos, tornou-se um dos principais entraves à produção de novos contraceptivos masculinos, juntamente à relativa falta de capital nessa área e de demanda para esses produtos.

Nesse sentido, é crucial que seja implementada a proposta de substituição do modelo de avaliação de risco predominante para avaliação de contraceptivos masculinos. Como mencionado no capítulo 4, atores do campo, como a ONG Male Contraceptive Initiative, defendem que o modelo até então adotado, que foca apenas no homem individualmente e

---

<sup>149</sup> No original: “We call for action! It is ‘Time for Male Contraception’ to benefit the health of both men and women, and the well-being of their families, communities and of our planet Earth.”

<sup>150</sup> No original: “Now is the worst time for an unplanned pregnancy since the Great Depression.”

superestima os riscos das tecnologias, seja substituído pela abordagem do “risco compartilhado”, que considera o risco do anticoncepcional em relação ao casal, comparando os efeitos adversos da tecnologia em teste com efeitos de contraceptivos femininos e com riscos associados à gravidez. Essa mudança é necessária para a configuração de anticoncepcionais para homens como tecnologias seguras.

No trabalho para a construção de demanda para tecnologias que subvertem a associação da contracepção à feminilidade na atualidade, observa-se a manutenção de uma estratégia utilizada desde os primeiros estudos em larga escala: ao mesmo tempo em que há uma busca pela subversão de características caras a padrões hegemônicos de masculinidades, como o não envolvimento com o trabalho contraceptivo e uma menor abertura a intervenções biomédicas sobre a função reprodutiva, há uma ratificação de outras características caras a padrões hegemônicos de masculinidades. Noções associadas a padrões dominantes de masculinidade são usadas em direção a uma masculinização das tecnologias em desenvolvimento, da sua testagem e do seu uso.

Escolhi para apresentar como estudo de caso o trabalho de viabilização cultural de contraceptivos masculinos realizado por um grupo de pesquisa, o Emerge Lab, que utiliza uma abordagem da equidade de gênero para incluir os homens na saúde sexual e na saúde reprodutiva. O trabalho desse laboratório, apesar de ser cisheteronormativo e de excluir relações não monogâmicas, apresenta algumas pistas para uma compreensão feminista da inclusão dos homens no trabalho contraceptivo.

Como expresso no capítulo 2, precisamos de uma segunda revolução contraceptiva baseada na justiça reprodutiva que disponibilize diversas novas tecnologias seguras, baratas e acessíveis para homens e mulheres cis e trans. Tecnologias que sejam moldadas levando em consideração a necessidade de garantir a equidade entre os gêneros, tendo como objetivos uma divisão mais equitativa do trabalho contraceptivo, a garantia da segurança e da autonomia sobre o próprio corpo das e dos usuários. É preciso deixar definitivamente para trás a concepção das tecnologias contraceptivas modernas como tecnologias de controle populacional, eugênicas, prejudiciais à saúde, que limitam a autonomia e sobrecarregam as mulheres com o trabalho contraceptivo.

No entanto, por todo o exposto, não acredito que o campo da contracepção masculina esteja indo nessa direção. Inclusive, o próprio lançamento de um novo contraceptivo masculino nos próximos anos não é algo provável apesar de toda a divulgação midiática sobre a disponibilização de certas tecnologias no próximo ano ou daqui a dois ou três anos.

Escrevo essas considerações finais algumas semanas após uma jornalista de um meio de grande circulação nacional me escrever pedindo uma entrevista sobre o lançamento da nova vacina contraceptiva masculina. Antes desse contato, muitas pessoas já haviam me enviado diversas matérias sobre o lançamento do RISUG no próximo ano e confesso que mal as abri. Ao longo de oito anos pesquisando o desenvolvimento de contraceptivos masculinos, recebo periodicamente essas notícias sobre diversas tecnologias. Muitas delas, como o Vasalgel, também foram anunciadas como produtos que estariam disponíveis no mercado no próximo ano, mas agora já não aparecem mais nas manchetes e não consigo encontrar dados novos sobre suas pesquisas.

Como visto, a relação com a grande mídia se tornou um aspecto importante para a viabilização de contraceptivos masculinos. A difusão da noção de uma pílula masculina mundialmente foi fruto da aliança bem-sucedida que pesquisadores e fomentadores dessas tecnologias tiveram que fazer com meios de comunicação de massa. Esses constantes anúncios sobre lançamentos de novos contraceptivos masculinos me parecem ter mais a ver com o trabalho de criação de aceitabilidade e demanda para essas tecnologias e com a busca por engajamento social para pressionar as empresas farmacêuticas a investirem nessa área do que com o anúncio de produtos que estão de fato para serem lançados. A manutenção da ideia de uma pílula masculina no imaginário social é uma das estratégias para a viabilização de novos anticoncepcionais masculinos. Ao contrário do que é divulgado nesses textos midiáticos, o melhor prognóstico feito por especialistas nos congressos da área é que, com a manutenção ou a ampliação de investimentos, talvez seja possível disponibilizar um método hormonal masculino em um período de cinco a dez anos. É importante ressaltar que nem todo homem poderá fazer uso de um método hormonal, pois atletas seriam desclassificados de certas competições porque as substâncias seriam identificadas como doping. Além disso, críticos dos métodos hormonais apontam: a demora para esses contraceptivos começarem a ser eficazes; a necessidade de repetidas contagens de espermatozoides para verificar se a taxa se mantém dentro do limite associado à infertilidade temporária; e a existência de não respondentes, ou seja, indivíduos em que os hormônios não são eficazes para a contracepção (PEREIRA, 2017).

## REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, J.; DAVIS, C. Discovery and Management of Adverse Drug Reactions: The Nomifensine Hypersensitivity Syndrome, 1977–1986. *Social History of Medicine*, v. 23, n. 1, p. 153–173, 2009.
- AGUILA, E. V. Invisible Women: forced sterilization, reproductive rights, and structural inequalities in Peru of Fujimori and Toledo. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, ano 6, n. 1, 2002.
- ALVES, J.E.D.; CORRÊA, S. Demografia e Ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. *R. Bras. Est. Pop.*, Campinas, v. 20, n. 2, p. 129-156. jul./dez, 2003.
- ALVES, J.E.D. Os 25 anos da CIPD: Terra inabitável e o grito da juventude. *R. Bras. Est. Pop.*, v. 36, p. 1-13, 2019.
- AMY, J.J. The condom, inside out. In: 17<sup>th</sup> World Congress Gynecological Endocrinology, 2016, Florência, Itália. Disponível em: <<http://isge2016.isgesociety.com/programme/scientific-program/>>. Acesso em: 11 de jun. 2022.
- ANTHES, E. Why we can't have the male pill. *Bloomberg Businessweek*, 03 ago. 2017. Disponível em: <<https://www.bloomberg.com/news/features/2017-08-03/why-we-can-t-have-the-male-pill>>. Acesso em: 21 jan. 2022.
- ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução- RDC nº 140, de 29 de maio de 2003.
- ARILHA, M.; UNBEHAUM, S. G.; MEDRADO, B. Introdução. In: \_\_\_\_\_ (Org.). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS/Ed. 34, 1998.
- BEHRE, H.M et al. Efficacy and safety of an injectable combination hormonal contraceptive for men. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. v. 101, n. 12, p. 4779-4788, 2016.
- BERQUÓ, E. As Posições da OMS nas Conferências de População da ONU nos Últimos 50 Anos. In: WONG, L.R. et al. Cairo+20: perspectivas da agenda de população e desenvolvimento sustentável pós-2014. ALAP Editora, p. 17-21, 2014.
- BIJKER, W. E.; LAW, J. General Introduction. In: \_\_\_\_\_ (Ed.) *Shaping technology/building society: studies in sociotechnical change*. MIT Press, p. 1-14, 1992.
- BOESTEN, J. Free Choice or Poverty Alleviation? Population Politics in Peru under Alberto Fujimori. *European Review of Latin American and Caribbean Studies*, v. 82, abril 2007.
- BRANDÃO E.R.; PIMENTEL A.C.L. Essure no Brasil: desvendando sentidos e usos sociais de um dispositivo biomédico que prometia esterilizar mulheres. *Saúde Soc.* São Paulo, v.29, n.1, e200016, 2020.

BRASIL. Congresso. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito Incidência de Esterilização em Massa de Mulheres no Brasil. 1993. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/85082>> Acesso em 29/06/2021.

CAETANO, A. J. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 31, n.2, p. 309-331, jul./dez. 2014.

CALLIOPE: THE CONTRACEPTIVE PIPELINE DATABASE. Disponível em: <<https://pipeline.ctiexchange.org>>. Acesso em: 10 set. 2022.

CAMARGO JR., K. R. A Biomedicina. In: \_\_\_\_\_. *Biomedicina: Saber & Ciência: Uma abordagem crítica*. São Paulo: Editora HUCITEC, 2003.

CAMPELIA, G. D. et al. “Shared risk”: Reframing risk analysis in the ethics of novel male contraceptives. *Contraception*, v. 102, p. 67-69, 2020.

CARRARA, S.; RUSSO, J.A.; FARO, L. A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

CARVALHO, M.L.O.; PIROTTA, K.C.M.; SCHOR, N. Participação Masculina na Contracepção pela Ótica Feminina. *Rev. Saúde Pública*. v.35, n.1, p. 23-31, 2001.  
CASTRO, J. *Geopolítica da fome*. São Paulo: Brasiliense, 1957.

CENTER FOR MALE CONTRACEPTIVE RESEARCH & DEVELOPMENT. Site do Center for Male Contraceptive Research & Development. Disponível em: <https://www.malecontraception.center> . Acesso em: 01 jun. 2020.

CHATTOPADHYAY, S. The professor who had to spend half his life to make the drug India needs. *The Wire*, 17 nov. 2016. Disponível em: <<https://thewire.in/health/risug-male-contraceptive-icmr>>. Acesso em: 09 set. 2019.

CITELLI, M. T. Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. *Estudos Feministas*. v. 9, n. 1, p.131-145, 2001.

CONTRALINE. Site da empresa Contraline produtora do Adam. Disponível em: <http://www.contraline.com/product>. Acesso em 19 set. 2019.

CORRÊA, S; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis*, Rio de Janeiro. v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996.

\_\_\_\_\_. ; ALVES, J.E.D; JANNUZZI, F.M.M. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicações. UNFPA- BRASIL, ABEP e IBGE. Rio de Janeiro, set., 2003.

\_\_\_\_\_. Legados do Cairo: para além da “mesmice”. In: WONG, L.R. et al. *Cairo+20: perspectivas da agenda de população e desenvolvimento sustentável pós-2014*. Rio de Janeiro: ALAP, 2014.

\_\_\_\_\_. A “política do gênero”: um comentário genealógico. *Cadernos Pagu*, v. 53, 2018.

\_\_\_\_\_. Saúde Reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

CUETO, M.; BROWN, T.M.; FEE, E. The Transition from “Family Planning” to “Sexual and Reproductive Rights”. In: \_\_\_\_\_. *The World Health Organization: A History*. Cambridge University Press, 2019. p. 146-169.

DAVIS, A. *Mulheres, Raça e Classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.

DJERASSI, C. The Bitter Pill. *Science*, v. 245, n. 4916, 1989.

DRUCKER, D.J. *Contraception: a concise history*. Cambridge: The MIT Press, 2020.

EIG, J. *The Birth of the Pill: How Four Crusaders Reinvented Sex and Launched A Revolution*. [S.l.]: W. W. Norton Company, 2014.

EISENFRATS, K. Contraline, a new approach to male contraception. *Medgadget*, 21 jun. 2016. Disponível em: <<https://www.medgadget.com/2016/06/contraline-new-approach-male-contraception-interview.html>>. Acesso em: 15 set. 2022.

EMERGE LAB a. Site do grupo de pesquisa Emerge Lab. Disponível em: <https://www.theemergelab.com/>. Acesso em: 01 jun. 2020.

EMERGE LAB b. Perfil no Instagram do grupo de pesquisa Emerge Lab. Disponível em: <https://www.instagram.com/theemergelab/>. Acesso em: 01 jun. 2020.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. National Library of Medicine. *ClinicalTrials.Gov*. S. d. Disponível em: <<https://clinicaltrials.gov>>. Acesso em: 10 set. 2022.

FISHER, K; SZRETER, S. “They Prefer Withdrawal”: The Choice of Birth Control in Britain, 1918–1950. *Journal of Interdisciplinary History*, v. 34, n. 2, p. 263–291, 2003.

FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Frabrefactum, 2010.

FOUCAULT, M. *A História da Sexualidade: A vontade de saber*. Graal, 2012.

\_\_\_\_\_. O nascimento da Medicina Social. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009.

FOWKS, J. La fiscalía peruana denuncia a Fujimori por el escándalo de las esterilizaciones forzadas. *El País*, 02 mar. 2021. Internacional. Disponível em: <<https://elpais.com/internacional/2021-03-02/la-fiscalia-peruana-carga-contr-el-expresidente-fujimori-por-las-esterilizaciones-forzadas-de-mujeres.html>>. Acesso em 24/06/2021.

FRANKS, J.; NGUYEN, B. T.; DINALO, J. Male Hormonal Contraceptive Safety: A Systematic Review of Adverse Events Across Investigational Methods. *Obstetrics & Gynecology*. v. 133, issue p 11S, 2019.

GOLDIM, J. R. O Caso Tuskegee: quando a ciência se torna eticamente inadequada. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/tueke2.htm> . Acesso em: 01 jun. 2020.

GRAY, A. Male contraceptives: Seeking a commercial partner for long-term relationship. *The Pharmaceutical Journal*, v. 296, n. 7890, 2015.

GREENHALGH, S. Fresh Winds in Beijing: Chinese Feminists Speak Out on the One-Child Policy and Women's Lives. *Journal of Women in Culture and Society*, v. 26, n. 3, 2001.

GUIBU, F. Pílula para os homens pode ser colocada à venda em 97. *Folha de São Paulo*, 19 ago. 1996. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1996/8/19/cotidiano/12.html>. Acesso em: 14 set. 2022.

GUTMANN, M. C. Scoring Men. Vasectomies and the Totemic Illusion of Male Sexuality in Oaxaca. *Cult Med Psychiatry*. v. 29, n. 1, p. 79-101, 2005.

\_\_\_\_\_. *Fixing Men: Sex, Birth control, and AIDS in Mexico*. University of California Press, 2007.

HANDELSMAN, D. J. Bridging the gender gap in contraception: another hurdle cleared. *The Medical Journal of Australia*. v. 154, n. 18, 1991.

HARTMANN, B. *Reproductive Rights and Wrong: The Global Politics of Population Control*. Boston: South End Press, 2016.

HODGSON, D.; WATKINS, S. C. Feminists and Neo-Malthusians: Past and Present Alliances. *Population and Development Review*, v. 23, n. 3, p. 469-523. sep., 1997.

HUGON, P. *História das Doutrinas Econômicas*. São Paulo: Atlas, 1984.

ILANI, N. et al. A new combination of testosterone and nesterone transdermal gels for male hormonal contraception. *J Clin Endocrinol Metab*, v. 97, n. 10, p. 3476–3486, out. 2012.

KOGAN, P.; WALD, M. Male Contraceptive History and Development. *Urol Clin N Am*, v. 41, 2014.

KOIFMAN, S. Avaliação do Anticoncepcional Norplant no Município do Rio de Janeiro, RJ (Brasil). *Rev. saúde públ.*, São Paulo, v. 21, n. 6, p. 513-522, 1987.

KOSMO, K. *Tough Guy, Sensitive Vas: Analyzing Masculinity, Male Contraceptives & The Sexual Division of Labor*. 2016. 96 f. Dissertação (*Master of Arts*) - Department of Women's and Gender Studies, University of South Florida, 2016.

LAQUEUR, T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LATOURE, B. *Ciência em ação: Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

\_\_\_\_\_.; WOOLGAR, S. *A vida de laboratório: A produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

LE GUEN, M et al. Fifty years of legal contraception in France: Diffusion, medicalization, feminization. *Population & Societies*, v. 10, n. 549, p. 1-4, 2017.

LIY, M. V. Contra envelhecimento da população, China autoriza casais a terem até três filhos. *El País*, 31 maio 2021. Internacional. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-05-31/contra-envelhecimento-da-populacao-china-autoriza-casais-a-terem-ate-tres-filhos.html>>. Acesso em 20/06/2021.

LYNCH, S.S. Eficácia e segurança do medicamento. Manual MSD, Versão Saúde para a Família, 2019. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt/casa/medicamentos/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-medicamentos/efic%C3%A1cia-e-seguran%C3%A7a-do-medicamento>>. Acesso em 20 de nov. de 2021.

LONG, J.E.; M.S. LEE; D. BLITHE, Update on Novel Hormonal and Nonhormonal Male Contraceptive Development. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 106, n. 6, 2021.

MAHONEY, J. Essure: The IUD Story We Should Have Seen Coming. *Health Studies Capstones*. 2021.

MAKSUD, I. Sexualidade e mídia: discursos jornalísticos sobre o “sexual” e a vida privada. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 4, out/dez, p. 663-671, 2008.

MALE CONTRACEPTION INITIATIVE. Site da ONG Male Contraception Initiative. Disponível em: <<https://www.malecontraceptive.org/>>. Acesso em: 24 out. 2022.

MANICA, D. Contracepção, natureza e cultura: embates e sentidos na etnografia de uma trajetória. 2009. 319 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

\_\_\_\_\_. Rudimentos da tecnociência contraceptiva: experimentações, biopolítica e a trajetória de um cientista. In: FONSECA, C.; ROHDEN, F.; MACHADO, P. S. (Org.). *Ciências na vida: Antropologia da ciência em perspectiva*. São Paulo: Terceiro Nome, 2012.

MARCOLINO, C.; GALASTRO, E. P. As Visões Feminina e Masculina Acerca da Participação de Mulheres e Homens no Planejamento Familiar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.9, n.3, p. 77-82, maio, 2001.

MARSH, D. E.S. Reações medicamentosas adversas (Efeitos adversos dos fármacos). Manual MSD, Versão Saúde para a Família, 2018. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/farmacologia/c3%ADnica/rea%C3%A7%C3%B5es-medicamentosas-adversas/rea%C3%A7%C3%B5es-medicamentosas-adversas>> . Acesso em 20 de nov. de 2021.

MARTINS, R. Do Cairo a Nairóbi: 25 anos da agenda de população e desenvolvimento no Brasil. *R. Bras. Est. Pop.*, v. 36, p. 1-9, 2019.

MAY, E.T. *America and the Pill: a history of promise, peril, and liberation*. Basic Books, 2010.

MENDONÇA, M.G. Josué de Castro e o Combate ao Neomalthusianismo. *História Econômica & História de Empresas*, v. 17, n 2, p. 353-375, 2014.

MORO, A.; INVERNIZZI, N. A tragédia da talidomida: a luta pelos direitos das vítimas e por melhor regulação de medicamentos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 24, n. 3, jul.-set., 2017.

NGUYEN, B. T. Currículo na rede social LinkedIn. Disponível em: <https://www.linkedin.com/in/briannnguyenmd/>. Acesso em: 01 jun. 2020.

NUCCI, M. “*Não chore, pesquise!*” – Reflexões sobre sexo, gênero e ciência a partir do neurofeminismo. 2015. 222 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

\_\_\_\_\_. Seria a Pílula Anticoncepcional uma Droga de “Estilo de Vida”? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, n. 10, p. 124- 139, 2012.

OMS não aprova pílula de Caruaru. Folha de São Paulo, 28 ago. 1996. Disponível em: . Acesso em: 08 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Plataforma de Cairo. 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

OUDSHOORN, N. *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*. New York: Routledge, 1994.

\_\_\_\_\_. *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*. Durham: Duke University Press, 2003.

\_\_\_\_\_.; PINCH, T. How users and non-users matter. In: \_\_\_\_\_ (Ed.) *How users matter: the co-construction of users and technology*. MIT Press, 2003.

PARSEMUS FOUNDATION. Site da ONG *Parsemus Foundation*. Disponível em: < <https://www.parsemus.org/>>. Acesso em: 15 set. 2022.

PASQUALOTTO, F.F. et al. Trends in Male Contraception. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* n. 58, v. 5, p. 275-283, 2003.

PEDRO, J.M. A Experiência com Contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Rev. Bras. Hist.*, v. 23, n. 45, p. 239-260. São Paulo, jul., 2003.

PEREIRA, G. M. C. *Viabilizando tecnologias improváveis: uma análise sobre o fomento de contraceptivos masculinos pela ONG Male Contraception Initiative*. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

\_\_\_\_\_.; AZIZE, R. “O problema é a enorme produção de espermatozoides”: concepções de corpo no campo da contraceção masculina. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 2, p.147-159, 2019a.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. Quem tomará a “pílula masculina”? Reflexões sobre a construção do usuário de contraceptivos para homens. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 32, p. 20-39, ago. 2019b.

PIMENTEL, A.C. et al. A Breve Vida do Norplant® no Brasil: controvérsias e reagregações entre ciência, sociedade e Estado. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n.1, p. 43-52, 2017.

PINCH, T.J.; BIJKER, W. E. The Social Construction of Facts and Artifacts. In: BIJKER, W. E.; HUGHES, T.; PINCH, T.J. (Ed.) *The social construction of technological systems: New directions in the sociology and history of technology*. Cambridge: MIT Press, p. 17-50, 2012.

PLOEG, I. van der. *Prosthetic bodies*. Female embodiment in reproductive technologies, Ph.D. Dissertation University of Maastricht. The Netherlands, 1998.

POPULATION COUNCIL. *Population Council*. S.d. Disponível em: <<https://www.popcouncil.org>>. Acesso em: 16 set. 2022.

PRECIADO, P. *Testo Junkie*, 2018. N-1 Edições, 2018.

REVOLUTIONS CONTRACEPTIVES. *Revolution contraceptives*. Disponível em: <<https://www.revolutioncontraceptives.com/>>. Acesso em: 09 out. 2022.

RINGHEIM, K. Whiter methods for men? Emerging gender issues in contraception. *Reproductive Health Matters*, n.7, 1996.

RISKA, E. The rise and fall of Type A man. *Social Science & Medicine*. v. 51, p. 1665-1674, 2000.

\_\_\_\_\_. From Type A man to the hardy man: masculinity and health. *Sociology of Health & Illness*. v.24, n. 3, p. 347-388, 2002.

ROBERTSON, S.; SHAND, T. Men, health and medicalization: an overview. In: GOTTZÉN, L.; MELLSTROM, U.; SHEFER, T. (ed.). *Routledge International Handbook of Masculinity Studies*. Routledge, 2020.

ROSS, L. J.; Solinger, R. *Reproductive Justice: An Introduction*. University of California Press, 2017.

ROHDEN, F. Capturados pelo sexo. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 17, n. 10, p. 2645-2654, 2012b.

\_\_\_\_\_. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

\_\_\_\_\_. A construção da diferença sexual na medicina. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19 (Sup. 2): S201-S212, 2003.

\_\_\_\_\_. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 89-109, 2009.

\_\_\_\_\_. Ginecologia, Gênero e Sexualidade na Ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, jun., 2002.

\_\_\_\_\_. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciência, Saúde- Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.15, supl., p.133-152, jun., 2008.

\_\_\_\_\_. Rudimentos da Tecnociência Contraceptiva: experimentações, biopolítica e a trajetória de um cientista. In: FONSECA, C.; ROHDEN, F.; MACHADO, P. S. (Org.). *Ciências na vida: Antropologia da ciência em perspectiva*. São Paulo: Terceiro Nome, 2012a.

ROSENFELD, D.; FAIRCLOTH, C. A. Medicalized masculinities: the missing link? In: \_\_\_\_\_ (Org) *Medicalized Masculinities*. Philadelphia: Temple University Press, 2006.

RUSSO, J.A. et al. *Sexualidade, Ciência e Profissão no Brasil*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011.

\_\_\_\_\_. A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, n. 14, Dossier n. 2, 2013.

SANDRONI, P. *Novíssimo Dicionário de Economia*. Editora Best Seller, 1999.

SANTOS, A. C. A. “Adeus, hormônios”: concepções sobre corpo e contracepção na perspectiva de mulheres jovens. 2018. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.6.2018.tde-15052018-092501>. Acesso em: 20 jun. 2022.

SEGAL, S. J. Contraceptive Research: a male chauvinist plot? *Family Planning Perspectives*, v. 4, n. 3, 1974.

SCHIEBINGER, L. Skeletons in the Closet: The First Illustrations of the Female Skeleton in Eighteenth-Century Anatomy. *Representations*, n. 14, p. 42-82, 1986.

SCUDELLARI, M. The Science Myths that Will not Die. *Nature*, v. 528, p. 322-325, 2015.

SILVA, J. Contracepção e masculinidade. *Rev.Esboços*. v. 11, n.11, p. 157-166, 2004.

SHEFFIELD, S. Controversy Over Essure Birth Control. *Women Leading Change: Case Studies on Women, Gender, and Feminism*. v. 4, n. 2, p. 46-66, 2019.

SOBRINHO, D.F. *Estado e População: Uma História do Planejamento Familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: FNUAP, 1993.

STERN, A. *Eugenic Nation: faults and frontiers of better breeding in modern America*. University of California Press, 2005.

STOLCKE, V. Is Sex to Gender as Race is to Ethnicity? In: DEL VALLE, T. (Ed.). *Gendered Anthropology*. London: Routledge, 1993.

THAKUR, V. et al. RISUG: A new perspective in non-hormonal male contraception. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, v. 2, n. 2, p.159-162, 2013.

THE ENDOCRINE SOCIETY. Second potential male birth control pill passes human safety tests. *EurekaAlert!*, 25 mar. 2019. Disponível em: <[https://www.eurekaalert.org/pub\\_releases/2019-03/tes-spm032019.php](https://www.eurekaalert.org/pub_releases/2019-03/tes-spm032019.php)> Acesso em: 17 set. 2022.

THE SECOND PARIS MANIFESTO. 2018. Disponível em: <https://www.ic-mc.info/past-conferences/paris-manifesto-2018/>. Acesso em: 24 out. 2021.

TRAMONTANO, L.; RUSSO, J.A. O diagnóstico de deficiência androgênica do envelhecimento masculino e os (des) caminhos do desejo sexual masculino. *Mediações Revista de Ciências Sociais*. v. 20, n. 1, p.174-193, 2015.

\_\_\_\_\_. *Testosterona: as múltiplas faces de uma molécula*. (2017) 397 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

UNITED NATIONS. WORLD SOCIAL REPORT. 2020. Disponível em: <<https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/02/World-Social-Report2020-FullReport.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2021.

VAN KAMEEN, J. OUDSHOORN, N. Gender and risk assessment in contraceptive technologies. *Sociology of Health & Illness*, v. 24, n.4, p. 436-461, 2002.

VIEIRA, E. M. *A Medicalização do Corpo Feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

VIGOYA, M.V. *De Quebradores y Cumplidores: Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/ Fundación Ford/Profamilia, 2002.

\_\_\_\_\_.; SITRUK-WARE, R.; SERFATY, D. It is time for new male contraceptives! *Andrology*. v. 4, p.773-775, 2016.

WANG, C.; FESTIN, M. P. R.; SWERDLOFF, R.S. Male hormonal contraception: Where are we now? *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, v. 5, n. 1, p. 38 -47, 2016.

WARWICK, D.P. The Indonesian Family Planning Program: Government Influence and Client Choice. *Population and Development Review*, v. 12, n. 3, p. 453-490, set. 1986.

WATKINS, E. S. How the Pill Became a Lifestyle Drug: The Pharmaceutical Industry and Birth Control in the United States Since 1960. *American Journal of Public Health*, v. 102, n. 8, 2012.

WILLIAMS, R.J. Storming the Citadels of Poverty: Family Planning under the Emergency in India, 1975–1977. *The Journal of Asian Studies*, v.73, n. 2, p. 471–492, 2014.

WULF, D.; WILLSON, P. D. Mexico City: Consensus Amidst Controversies. *International Family Planning Perspectives*, v. 10, n. 3, p. 81-85, set. 1984.

YUEN, F et al. Preventing secondary exposure to women from men applying a novel nesterona/testosterone contraceptive gel. *Andrology*, v. 7, n. 2, p. 235–243, 2019.

ZORZANELLI, R.T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950- 2010. *Cienc. saúde coletiva*. vol. 19, n.6, p. 1859-1868, 2014.