

**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**HISTÓRIAS DE UTILIZAÇÃO DE PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS NO BRASIL,
NA DÉCADA DE 1960**

Cristiane Vanessa da Silva

Rio de Janeiro
Março de 2017



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**HISTÓRIAS DE UTILIZAÇÃO DE PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS NO BRASIL,
NA DÉCADA DE 1960**

Cristiane Vanessa da Silva

Rio de Janeiro
Março de 2017



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**HISTÓRIAS DE UTILIZAÇÃO DE PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS NO BRASIL,
NA DÉCADA DE 1960**

Cristiane Vanessa da Silva

Dissertação apresentada à Pós-graduação
em Saúde da Criança e da Mulher, como
parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

**Orientadora: Dr.^a Claudia Bonan
Coorientadoras: Dr.^a Ivia Maksud
Dr.^a Andreza Nakano**

Rio de Janeiro
Março de 2017

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Cristiane Vanessa .

Histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil, na década de 1960 / Cristiane Vanessa Silva. - Rio de Janeiro, 2017.
183 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientadora: Claudia Bonan.

Co-orientadora: Ivia Maksud.

Co-orientadora: Andreza Nakano.

Bibliografia: f. 166-173

1. Anticoncepcionais orais. 2. Contracepção. 3. Mulheres. I. Título.

Dedico essa dissertação a Maria, minha mãe, que me mostrou no brilho de seus olhos a relevância do meu tema. Ela que sem pudores, sem meias palavras e com muita seriedade, abriu o livro de sua vida e nos presenteou com sua história. Em sua simplicidade quis participar em benefício da saúde das mulheres, assim como nos ajudou buscando e indicando outras participantes. Minha colaboradora, aquela que me incentivou até o último instante, que não me deixou fraquejar. Te amo.

Agradecimentos

Ao altíssimo pela oportunidade da vida, pela proteção e espiritualidade.

À minha orientadora Dr.^a Claudia Bonan pela paciência, expertise, competência e profissionalismo.

À minha coorientadora Andreza Nakano, pela disponibilidade, atenção, competência e incentivo, desde a fase do processo seletivo do mestrado até a conclusão deste belo trabalho.

À minha coorientadora Ivia Makud pelas brilhantes contribuições, cordialidade e gentileza.

À Dr.^a Paula Gaudenzi e Dr.^a Marina Nucci por terem participado da minha banca de qualificação. Suas contribuições foram grandiosas para o amadurecimento da pesquisa.

Aos membros da banca examinadora: Dr.^a Paula Gaudenzi, Dr.^a Marina Nucci e Dr.^a Maria Martha de Luna Freire por se disponibilizarem gentilmente a contribuir de forma valiosa com seus saberes para o enriquecimento desta pesquisa.

À Dr.^a Paula Gaudenzi pela gentileza, competência, cordialidade e contribuições durante as diferentes fases do desenvolvimento da pesquisa.

Aos docentes da Pós Graduação por contribuírem com os conhecimentos adquiridos nessa jornada.

À minha amiga Rozânia Bicego Xavier por ter me incentivado a ingressar no mestrado e estar ao meu lado durante toda a trajetória.

Aos colegas de turma do mestrado e do grupo de estudo pelas trocas, incentivos e apoio.

À Tania Maria Dias, amiga que o mestrado me presenteou. Obrigado pelo carinho, atenção, disponibilidade, amizade, escuta e leitura atentas, ombro e colo amigo, descontração e passeios divertidos. Sem dúvidas, meus dias ficaram mais adocicados com o delicioso doce de leite da dona Deise. Obrigado minha amiga, minha dupla e já que minha mãe disse que você é uma filha para ela, então: minha irmã! O que seria de mim perdida sozinha em Campo Grande? Você tinha que estar lá nessa aventura. Conhecer Queimados e São Gonçalo não seria a mesma coisa

sem você! Muito tempo de viagem pelo RJ para estar só! Obrigado! Você fez a diferença nesses dois anos. Temos que transformar essas aventuras em artigo!

À enfermeira Luciana Fillies, gerente do departamento de obstetrícia, obrigado pelo apoio e incentivo, por compreender minhas trocas, meu humor e tentar conciliar minha escala às exigências do mestrado. Sem sua ajuda essa caminhada seria muito árdua.

À todas enfermeiras e enfermeiros da maternidade IFF/FIOCRUZ pela amizade, companheirismo, carinho, paciência, atenção, escuta atenta, ombro, colo... enfim uma humanização completa! Muito grata amigos. Estar com vocês me fez sentir querida e isso é fundamental.

À minha equipe de técnicos da maternidade IFF/FIOCRUZ pela amizade, pelo carinho, muitos abraços quentinhos, muitas risadas, muitos lanchinhos e almoços deliciosos!!! Vocês me proporcionaram momentos agradáveis de descontração e alegrias! Amo todos!

Aos meus alunos do curso de especialização em Enfermagem Saúde da Mulher e as residentes de Enfermagem Obstétrica pela torcida e incentivo, em especial a Roberta Patrício, residente do banco de leite, pelo carinho e generosidade.

Ao meu esposo que, ao longo desses dois anos, aprendeu a conviver com a esposa mestranda trocando o estado emburrado pelas orientações acerca da inteligência emocional. Adorei. Obrigado por mostrar que eu sei escolher. Esse é o sentido do casamento; união, parceria, cumplicidade nos momentos fáceis e difíceis, na presença e nas ausências. Te amo!

Ao meu querido Nicolas. Espero ter lhe ensinado os fundamentos do compromisso, da responsabilidade e da dedicação. Eu sei que o início da caminhada foi difícil pra você, me lembro que você dizia que não queria estudar, não gostava de estudar, não queria saber das letrinhas, mas, ao longo desses dois anos, você amadureceu; mostrou-se companheiro: “mamãe só vou dormir quando você for”, e assim, passamos juntos muitas madrugadas de sexta e sábado, eu no computador e você com seus bonecos e filminhos, até ser surpreendido pelo sono;

mostrou-se preocupado: “mamãe pode ler seus textos que vou brincar quietinho no meu quarto”; e quando me via desanimada, sem inspiração, me desafiava: “mamãe você não está conseguindo? Pede penico!” e eu respondia: “Nunca!”. E ríamos muito! Assim, você me reenergizava. Te amo meu filho, você é o combustível da minha vida.

À creche IFF/FIOCRUZ por ter cuidado do amor da minha vida integralmente durante esses dois anos de mestrado. Em especial a prof.^a Raquel Uchôa pela sensibilidade, carinho e atenção com meu pequeno, por ter transformado sua rebeldia precoce em doçura e lhe ensinado que estudar é divertido e essencial. Muito Obrigado!

À minha irmã Joyce pelo apoio e incentivo.

À minha mãe, fonte de inspiração e fortaleza pelo amor e dedicação de sempre.

In memoriam ao meu sogro, meu amigo, Jarbas Almir. Tenho certeza que está feliz por essa conquista.

Meu agradecimento especial as mulheres participantes do estudo por sua disponibilidade, gentileza e carinho ao dividir um pouco de sua história conosco.

“Os cientistas dizem que somos feitos de átomos, mas um passarinho me contou que somos feitos de histórias.”

Eduardo Galeano

APRESENTAÇÃO

A ideia precursora deste estudo surgiu da pesquisa coordenada pela professora Dr.^a Claudia Bonan do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Fernandes Figueira (IFF) / FIOCRUZ, e pelo professor Dr. Luiz Antônio da Silva Teixeira da Casa de Oswaldo Cruz (COC), intitulada “Indústria farmacêutica, médicos e Estado: a trajetória dos contraceptivos hormonais no Brasil”. Iniciada em 2013, utilizando marcos teórico-analíticos dos estudos sociais das ciências, tecnologias e práticas médicas, o projeto tem como objetivo analisar a trajetória dos contraceptivos hormonais no Brasil, de 1960 a 2010: modos como foram introduzidos e difundidos, as estratégias dos laboratórios para lançá-los no mercado, a evolução de sua regulamentação pelas autoridades de saúde e das políticas de assistência farmacêutica relacionada aos contraceptivos hormonais e a criação de um mercado de produtores, comercializadores, prescritores e consumidores. O projeto foi financiado pelo Programa de Incentivo à Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (PIP/IFF) e tem produções em andamento nos cursos de mestrado e doutorado. Seu desdobramento culminou em outro projeto específico, “Histórias de prescrição de pílulas anticoncepcionais no Brasil entre 1960 e 1980: a construção de uma prática medicalizada”, cujo objetivo geral é analisar as histórias de prescrição de pílulas anticoncepcionais no Brasil, nas décadas 1960 a 1980, a partir de relatos de médicos, de propagandistas farmacêuticos, de balconistas de farmácia e de mulheres.

A presente dissertação de mestrado é parte dessa linha de pesquisa e traz como proposta investigar histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil, a partir de memórias de mulheres que tiveram experiência com o método, nos anos de 1960, explorando efeitos sociais dessas tecnologias médicas e seu curso em novas interações, padrões normativos e formas de gestão da fecundidade.

RESUMO

A pílula anticoncepcional é um objeto médico que ainda em tempos atuais incita controvérsias e discussões. Aprovada para comercialização em 1960, nos Estados Unidos, rapidamente se difundiu pelo mundo, chegando às farmácias brasileiras no início dessa década. O objetivo geral desta pesquisa foi contribuir para uma história social da incorporação das pílulas anticoncepcionais no cotidiano feminino e dos efeitos dessa tecnologia em novas formas de gestão da fecundidade através das experiências de gerações pioneiras de mulheres que usaram o anticoncepcional oral, nos anos de 1960. Foi utilizado o método da história oral. Compuseram o corpus de análise 14 entrevistas com mulheres, residentes no Estado do Rio de Janeiro, que utilizaram pílulas anticoncepcionais nos anos de 1960. A análise narrativa e temática dos conteúdos originou três grandes enunciados: “Trajetórias afetivo- sexuais das mulheres nos anos de 1960: permanências e mudanças”; “Maternidade e fecundidade nas dobras da história: vida reprodutiva e gestão da fecundidade sob novas referências” e “A pílula anticoncepcional no cotidiano feminino”. No primeiro, discutimos como importantes mudanças na esfera política, econômica, social e cultural repercutiram nas trajetórias afetivo-sexuais das mulheres. No segundo, enfocamos como a intensificação dos processos de medicalização, materializados por técnicas médicas e hormonais de anticoncepção, suscitou remodelamentos nas normas da maternidade, na organização da vida reprodutiva e na gestão da fecundidade. No terceiro enunciado, aprofundamos as discussões sobre o uso cotidiano da pílula, refletindo sobre como as tecnologias contraceptivas hormonais efeturaram novas associações entre mulheres, médicos, mundo da farmácia, familiares, parceiros e pares e novas formas de viver e cuidar do próprio corpo. As pílulas anticoncepcionais integraram as novas referências que foram impulsionadas pelos processos de modernização. Romper com o tradicional era incluir o anticoncepcional na cesta de necessidades das mulheres. Métodos anteriormente utilizados tais como a camisinha, o coito interrompido, chás e a tabela foram desqualificados em favor das pílulas anticoncepcionais. As pílulas exigiam um conhecimento especializado, oportunizado pelos médicos, farmacêuticos e pela bula. Este dispositivo foi objeto médico central na reformulação das normas da sexualidade feminina. Neste contexto, os médicos foram os gestores, mediadores e legitimadores dessa tecnologia pautada nos conceitos científicos. A confiança da mulher em seu médico, assim como o interesse por gerir sua vida reprodutiva, fizeram a mulher criar uma ética para o uso do medicamento, bem como enfrentar seus efeitos colaterais, minimizando-os ou dissociando-os de problemas com a saúde. Os parceiros não foram agentes passivos neste processo, cooperaram levando suas esposas aos consultórios médicos, compraram o medicamento e em determinados momentos apenas não se opuseram à decisão feminina pelo uso do método. O cuidado de si tornou-se gestão da fecundidade e num movimento de duplo sentido, aparentemente contraditório, profuso e ambíguo, o corpo feminino passou a ser controlado e tutelado pela medicina, ao mesmo tempo que, para as mulheres usar pílulas passou a representar um grau de autonomia e controle sobre sua fecundidade. Nas vozes de mulheres brasileiras conhecemos o transfundo dos contraceptivos hormonais orais que se enveredam por discussões na contemporaneidade. Palavras chave: anticoncepcionais orais, contracepção e mulheres.

ABSTRACT

The contraceptive pill is a medical object which still, nowadays, urges controversies and discussions. Approved for commercialization in 1960, in the United States, it has rapidly spread across the world, getting to Brazilian drugstores in the beginning of that decade. The general goal of this research was to contribute to a social history of the incorporation of the contraceptive pills in the female daily life and the effects of that technology in new ways of management of fertility through the experiences of pioneers' generations of women who utilized the oral contraception, in the 1960s. It has been utilized the method of oral history. It has composed the corps of analysis 14 interviews with women, residents in the State of Rio de Janeiro, who had utilized contraceptive pills in the 1960s. The narrative analysis and the thematic of the content have originated three great statements: "Sexual-affective trajectories of women in the 1960s: permanences and changes"; "Maternity and fertility in the folds of history: reproductive life and management of fertility under new references" and "The contraceptive pills in the female daily life". On the first, we have argued how significant changes in the political, economical, social and cultural sphere had reverberated in the sexual-affective trajectories of women. On the second, we have focused how the intensification of the medicalization processes, materialized by medical and hormonal techniques of contraception, has aroused remodelings in the standards of maternity, in the organization of the reproductive life and in the management of fertility. On the third statement, we have deepened the arguments about the daily use of the pill, reflecting on how the hormonal contraceptive technologies made new associations among women, physicians, world of pharmacy, family members, partners, and peers and new ways of living and caring of oneself body. The contraceptive pills integrated the new references which had been boosted by the modernization processes. Breaking off the traditional was including the contraceptive in the female basket of needs. Methods previously utilized such as the condom, the interrupted intercourse, teas, and the calendar-based contraceptive method were disqualified in favor of contraceptive pills. The pills demanded knowledge specialized, propitiated by physicians, pharmacists, and the drug leaflet. That device was central medical object in the reformulation of standards of female sexuality. In that context, the physicians were the managers, mediators and validators of that technology ruled on the scientific concepts. The trust of the woman on her physician, as much as her interest on managing her reproductive life, made the woman create an ethic for the use of the medicine, as well as, face its side effects, minimizing it or dissociating it of problems with the health. The partners were not passive agents in that process, cooperated taking their wives to the physicians offices, bought the medicine and in determined moments, they did not opposed against the female decision for the utilization of the method. The oneself caring has become the management of fertility and in the double sense, apparently contradictory, profuse and ambiguous, the female body has become controlled and protected by medicine, at the same time that, for women, taking pills has become a representation of an autonomy degree and control of their fertility. In the Brazilian women voices, we have known the transfound of the oral hormonal contraceptives which are guided by discussions in the contemporaneity. Keywords: oral contraceptives, contraception and women.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. Introdução | 11 |
| 2. Apontamentos Teóricos e Históricos | 16 |
| 2.1. Construção de saberes e tecnologias médicas: metamorfoses nas concepções sobre o corpo, reprodução e gênero..... | 16 |
| 2.2. História da pílula anticoncepcional no mundo e no Brasil..... | 22 |
| 2.3. Interfaces do uso da pílula e medicalização da sexualidade..... | 27 |
| 2.4. Geração e Memória..... | 32 |
| 3. Metodologia..... | 36 |
| 3.1. Tipo de Estudo..... | 36 |
| 3.2. Participantes da pesquisa..... | 37 |
| 3.3. Obtenção das Narrativas..... | 38 |
| 3.4. Análise das Narrativas..... | 39 |
| 3.5. Aspectos Éticos..... | 40 |
| 4. Resultados..... | 42 |
| 4.1. Perfil sociodemográfico e reprodutivo das participantes da pesquisa..... | 42 |
| 4.2. Trajetórias afetivo-sexuais das mulheres nos anos de 1960: permanências e mudanças..... | 43 |
| 4.2.1. Um breve olhar sobre a década de 1960..... | 44 |
| 4.2.2. A sexualidade na década de 1960 e suas permanências | 46 |
| 4.2.3. Vivenciando novas referências..... | 64 |
| 4.3. Maternidade e fecundidade nas dobras da história: vida reprodutiva e gestão da fecundidade sob novas referências..... | 73 |

| | |
|---|-----|
| 4.3.1. Práticas contraceptivas anteriores ao uso das pílulas e percepções sobre a nova tecnologia | 74 |
| 4.3.2. O Aborto no contexto da gestão da fecundidade..... | 86 |
| 4.4. A pílula anticoncepcional no cotidiano feminino..... | 93 |
| 4.4.1. Aprendendo sobre a pílula..... | 93 |
| 4.4.2. Saberes Especializados e transações nos consultórios médicos e nas farmácias..... | 108 |
| 4.3.3. O uso do “remédio”: impasses, negociações e efeitos no cotidiano..... | 129 |
| 5. Discussão..... | 151 |
| 6. Considerações finais..... | 164 |
| 7. Referências..... | 166 |
| ANEXO A - Pauta temática..... | 174 |
| ANEXO B - Carta de autorização de utilização de dados..... | 176 |
| ANEXO C - Parecer consubstanciado do CEP..... | 177 |
| ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 178 |
| APÊNDICE A – Perfil das mulheres que utilizaram pílulas nos anos de 1960..... | 179 |

1. INTRODUÇÃO

A pílula anticoncepcional é um objeto médico que ainda em tempos atuais incita controvérsias e discussões. Se de um lado, mulheres contestam nas revistas e na internet - através de blogs, listas e páginas de facebook, como a comunidade “Vítimas de anticoncepcionais. Unidas a favor da vida” - a segurança do método e anunciam os efeitos nefastos dos hormônios em suas vidas, do outro, como mostra o trabalho de Nucci (2012), a indústria farmacêutica continua a propagar as vantagens do uso dos hormônios, anunciando-os como uma tecnologia adequada a mulher moderna^I. Os múltiplos usos do anticoncepcional são capazes de tornar qualquer mulher elegível ao consumo. Matéria publicada na Revista Época^I de março de 2015, sobre mulheres que tiveram acidente vascular cerebral e tromboembolismo pulmonar associados ao uso dos anticoncepcional oral, elucida como os efeitos colaterais severos são banalizados, pela indústria farmacêutica e pela própria Food and Drug Administration (FDA) - agência norte americana que regulamenta a comercialização de medicamentos-, como meros percentuais sem expressividade e os benefícios do fármaco tratados como superiores aos riscos. Através da memória de mulheres que fizeram parte de gerações pioneiras que utilizaram pílulas nos anos de 1960, investigamos como foi sendo estruturada a trama que elencou os anticoncepcionais orais como necessário ao cotidiano feminino.

Aprovada para comercialização em 1960, nos Estados Unidos^{II}, rapidamente se difundiu pelo mundo como uma alternativa para as mulheres que desejavam controlar o tamanho de sua prole e também como uma estratégia para o controle demográfico, principalmente em países

^I Segatto C. Quando a pílula anticoncepcional é a pior escolha. Revista Época- Vida. 27 de março de 2015. <http://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/03>. Acessado em 29/12/2016.

^{II} A história do desenvolvimento das pílulas anticoncepcionais é tratada com mais detalhamento no capítulo 2.

subdesenvolvidos ²⁻⁴. No Brasil, há indícios que a venda das pílulas anticoncepcionais foi iniciada a partir de 1962^{III}, sendo prescritas em consultórios médicos e vendidas em farmácias diretamente às mulheres, assim como distribuídas gratuitamente a partir de 1965, por entidades privadas de planejamento familiar ligadas ao International Planned Parenthood Federation (IPPF) e a outras agências internacionais empenhadas em conter o crescimento populacional ⁴⁻⁶.

A introdução da pílula^{IV} no cotidiano das mulheres brasileiras – década de 1960 - foi coetânea do regime da ditadura militar, que oprimia as reivindicações populares e atendia aos interesses capitalistas norte-americanos. As políticas públicas de saúde eram organizadas para atuar em torno de algumas doenças específicas e grupos da população. Predominava a medicina previdenciária – na qual a maioria da população não estava incluída – e não existia uma política governamental, nacional, de educação sexual ou de saúde sexual e reprodutiva^{3,4}. Os meios de comunicação – ecoando normas que emergiam com a aceleração do processo de modernização - incentivavam a família pequena como ideal, a urbanização, o consumismo e a inserção da mulher no mercado de trabalho ^{7,8}. Em contraposição, a Igreja Católica pregava o não uso de métodos artificiais de controle da natalidade, influenciando as atividades médicas, o posicionamento político, a moral e os costumes brasileiros^{3,9}.

^{III} Informação divulgada no artigo “A velha pílula”, veiculado no Jornal do Brasil, em 12/05/1972

^{IV} A etimologia de *pílula* reside no latim. Trata-se de medicamento em forma aproximada à de uma pequena bola, estudado/concebido para a ingestão oral. Substância medicamentosa, compactada por compressão, de forma, tamanho e cor variáveis (<http://conceito.de/pilula- acessado em 04/01/2017>). A pílula tornou-se sinônimo de anticoncepcionais orais. As mulheres da década de 1960 utilizavam a nomenclatura pílula para marcar o uso de um objeto médico, além de ser uma forma de resguardar a privacidade exposta pelo termo anticoncepcional.

As pílulas anticoncepcionais tiveram ampla e rápida difusão no mercado, embora seu anúncio fosse proibido por lei^V até o ano de 1979 (Dias, 2015). Uma pesquisa realizada no período de 1972-1975, por Richers e Almeida (1975), mostrou que no ano de 1966 o mercado havia absorvido 6 milhões de cartelas de pílulas, chegando a 38 milhões no ano de 1974. Além disso, o número de laboratórios produtores de anticoncepcionais havia aumentado de quatro para dezesseis até o ano 1975, totalizando 25 marcas e 47 produtos no mercado brasileiro¹⁰.

Nesta pesquisa destacamos como objeto de estudo a incorporação das pílulas anticoncepcionais no cotidiano feminino e seus efeitos em novas formas de gestão da fecundidade nos anos de 1960. O objetivo geral foi contribuir para uma história social da incorporação das pílulas anticoncepcionais no cotidiano feminino e dos efeitos dessa tecnologia em novas formas de gestão da fecundidade através das experiências de gerações pioneiras de mulheres que usaram o anticoncepcional oral, nos anos de 1960 e, de modo específico, compreender os processos de aquisição de informações e produção de saberes sobre as pílulas anticoncepcionais pelas mulheres; compreender de que forma tabus, segredos familiares, estigmas sociais e outros constrangimentos em relação às normas sexuais e de gênero tradicionais foram enfrentados pelas usuárias de pílulas; compreender as implicações do uso das pílulas nas rotinas cotidianas das mulheres: compra, tomada diária, gestão dos efeitos colaterais e dos esquecimentos e analisar os efeitos das pílulas nas (re)modelações das relações entre: mulher/médico/serviços de saúde, mulher/mundo farmacêutico, mulher e suas redes sociais.

^V Os aspectos regulatórios da pílula serão abordados no tópico 2.2 História da pílula anticoncepcional no mundo e no Brasil.

A dissertação foi estruturada em seis capítulos. No primeiro capítulo, “Introdução”, apresentamos a temática estudada, o objeto e os objetivos da pesquisa.

O segundo capítulo, “Apontamentos teóricos e históricos”, abordamos os principais temas e contextos que enredam a pesquisa. Ele está subdividido em quatro momentos. No primeiro momento, “Construção de saberes e tecnologias médicas: metamorfoses nas concepções sobre o corpo, reprodução e gênero”, discutimos o papel das ciências biomédicas na construção histórica e cultural do corpo, do sexo e do gênero, a partir do século XVIII. A produção do corpo como objeto científico, o papel dos hormônios na mudança do entendimento do corpo humano como um modelo anatômico para um modelo bioquímico e a transformação do corpo feminino em um corpo hormonal. No segundo, “História da pílula anticoncepcional no mundo e no Brasil”, levantamos os principais marcos históricos que envolveram a produção e comercialização da pílula anticoncepcional. No terceiro momento, “Interfaces do uso da pílula e medicalização da sexualidade”, apresentamos aspectos teóricos do conceito de medicalização correlacionando-os com o nosso objeto de estudo. No último momento, “Geração e Memória”, dialogamos com autores que nos ajudaram a compreender essas dimensões dentro dos estudos de história oral.

No terceiro capítulo, “Metodologia”, detalhamos o caminho metodológico seguido, incluindo o tipo de estudo, a eleição e captação das participantes, a obtenção das informações e a análise dos materiais.

O quarto capítulo, “Resultados”, foi organizado em uma parte inicial, a qual apresentamos um perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres entrevistadas e, posteriormente três grandes enunciados, “Trajetórias afetivo-sexuais das mulheres nos anos de 1960: permanências e mudanças”, no qual lançamos um breve olhar sobre os principais acontecimentos da década e seus reflexos na vida feminina; discutimos as permanências das normas da virgindade, matrimônio e maternidade e as novas referências que foram se abrindo para os jovens durante

a década. Em “Maternidade e fecundidade nas dobras da história: vida reprodutiva e gestão da fecundidade sob novas referências”, destacamos as práticas contraceptivas utilizadas antes da pílula, enfocando o aborto na gestão da fecundidade. E por fim, “A pílula no cotidiano feminino”, descortinando como as mulheres adquiriram informações sobre as pílulas, o papel do médico, da farmácia e da bula na difusão de um conhecimento especializado sobre o medicamento e, o dia a dia do uso das pílulas, explorando os enfrentamentos sociais vividos, a participação do parceiro, os efeitos colaterais, a confiança depositada nos ginecologistas e a busca pelo novo na gestão da fecundidade.

- O quinto capítulo, “Discussão”, promove um diálogo entre a literatura e os principais temas que emergiram do estudo e, por fim, no sexto capítulo trazemos as “Considerações finais da pesquisa.

2. APONTAMENTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS

2.1. Construção de saberes e tecnologias médicas: metamorfoses nas concepções sobre o corpo, reprodução e gênero.

Dissertar sobre o uso de pílulas anticoncepcionais exige um entendimento que vai além da simples aprovação de um produto farmacêutico com finalidades contraceptivas. O que se coloca em jogo é compreender como as transformações nas áreas biomédicas e suas inovações tecnológicas, ao longo dos últimos séculos, entrelaçaram mudanças na forma de discutir pensar e vivenciar o corpo, o sexo e, especialmente, o gênero.

Pinch e Bijker (1984) sugerem que a ciência e a tecnologia são culturas construídas socialmente, possuindo como elo de união sua essência social. Segundo essa concepção, a tecnologia se apresenta como um saber incorporado na prática cotidiana de todos os atores envolvidos com o desenvolvimento tecnológico, sendo ele incorporado ou não a um artefato¹¹. Porter (1999) relaciona a interação entre aspectos culturais, filosóficos e da ciência como fatores que moldaram nossa percepção do corpo, e desse modo, nossas teorias e práticas médicas¹².

Na esteira da produção de conhecimento científico e inovações tecnológicas, os estudos dos hormônios, no início do século XX, delinearam uma nova forma de ressignificar o corpo, o sexo, o gênero e as práticas culturais¹³. Articuladas por uma rede de interesses, saberes e poderes resultaram na produção de um artefato médico- pílulas anticoncepcionais- que, em um sentido latouriano¹⁴, assumiram o papel de “mediadores” na redefinição de novas normas sociais.

Para Latour (2012), os mediadores “transformam, traduzem, distorcem e modificam o significado ou os elementos que supostamente veiculam”^{14: 65}, tornando visível o movimento social, gerando associações rastreáveis, constituindo uma rede heterogênea composta por atores humanos e não humanos que se entrelaçam e são necessários para compreensão da

indissociabilidade entre ciência, tecnologia e sociedade. As pílulas anticoncepcionais imbricadas em um movimento de translação com humanos (médicos, farmacêuticos, familiares, etc.) e não humanos (pílulas, receita, embalagens) traduziram associações, modificaram relações de forças, geraram significados nas relações entre homens e mulheres, sociedade e mulheres, Estado e mulheres, entre outros atores, e redefiniram relações de gênero, normas sexuais e reprodutivas.

Laqueur (2001) em sua análise acerca dos discursos sobre o corpo, a fisiologia reprodutiva e as distinções sexuais, demonstra como as diferentes formas de se pensar a diferença entre os sexos articulam tecnologia, ciência e relações sociais, num contexto que envolve lutas e conflitos, onde estão em jogo gênero e poder¹⁵. A construção das diferenças sexuais, segundo Laqueur (2001), se pronuncia a partir da mudança do modelo de um sexo único para, entre os séculos XVIII e XIX, o modelo de dois sexos. O pensamento filosófico e médico europeu anterior ao século XVIII, classificava os corpos em função de seu grau de perfeição metafísica, seu calor vital, graduado em uma escala cujo princípio organizador era o masculino, tornava o corpo feminino uma versão inferior ao masculino, um corpo masculino invertido, representando a existência de um só sexo, com dois gêneros assimétricos, porém não opostos¹⁶.

No modelo de dois sexos, as ciências biomédicas construíram o corpo sexuado – e, principalmente, o feminino - como objeto de investigação do conhecimento científico, fragmentando-o e tornando-o destacáveis, principalmente a partir do desenvolvimento das práticas de anatomia durante o transcurso do século XVIII. No final do Século XIX, as investigações em histologia, biologia molecular, bioquímica, endocrinologia e neurobiologia, também corroboraram para fragmentação dos corpos, tendo como foco os tecidos, células, microrganismos, hormônios e neuro-transmissores¹⁶.

O corpo feminino primeiro teve sua feminilidade centrada no útero e, posteriormente, com os estudos sobre os hormônios e o funcionamento do ciclo menstrual, a partir dos anos de 1920, os ovários tornaram-se órgão prioritários na definição da natureza feminina, sendo alvo de intervenções cirúrgicas, na cura de desordens sociais e ou psicológicas ligadas aos distúrbios menstruais^{13, 17}.

Martins (2004) afirma que cientistas, médicos e intelectuais tinham grande preocupação em entender a natureza da mulher, buscando subsídios “para formular seus discursos a respeito das relações sociais entre homens e mulheres, definido seus lugares e estabelecendo seus papéis”^{18:36}. A vida das mulheres passou a ser descrita como uma sucessão de fenômenos fisiológicos, incluindo a menstruação, a gravidez e o parto. A sexualidade feminina deveria estar direcionada para reprodução e o papel social da mulher era o de mãe/esposa. Qualquer comportamento fora desse padrão transformava a mulher em uma degenerada, uma aberração, alguém fora da “normalidade”¹⁸.

Oudshoorn (1994) apresenta uma crítica às feministas da segunda onda, que não consideraram as ciências biomédicas em suas discussões sobre gênero, criando de certo modo, uma dicotomia entre sexo produzido pelas ciências biomédicas e gênero socialmente construído a partir das ciências sociais. Nesse sentido, a autora resgata o papel das ciências biomédicas na construção histórica e cultural do corpo, do sexo e do gênero, compreendendo que a ciência é uma atividade humana desenvolvida e subjugada a interesses relacionados à diferentes épocas e contextos socioculturais¹³.

De modo semelhante, Fausto-Sterling (2011) afirma que a própria percepção do sexo biológico não é uma categoria física pura, não é algo fixo e imutável, mas uma produção histórica. Existe uma diversidade de abordagens científicas, produzidas em diversos lugares e diferentes tempos, no qual em determinado momento histórico foi definido o caráter fundamental e normativo da diferença dos sexos¹⁹. Neste contexto Keller (1999) considera que

a dualidade e universalidade no tratamento das questões relativas a sexo e gênero, ciência e natureza mantém uma ordenação monolítica de poder, onde prevalecem a valorização do sexo masculino e a diversidade do uso do gênero e os significados da ciência são negados²⁰.

Desde o início do século XIX, o corpo feminino já era reconhecido como objeto da ciência, como coloca Martins (2004), a alteridade feminina- a mulher como a outra da ciência, aquela que precisa ser conhecida e controlada- foi a base para que cientista e médicos do século XIX constituíssem a diferença sexual como objeto de conhecimento privilegiado. O “diferente” era o corpo da mulher, o qual necessitava explicações. As ciências biomédicas se dedicaram a fazer um inventário minucioso da diferença feminina, produzindo um saber considerado verdadeiro sobre o sexo, sobre a “essência da mulher”¹⁸. A biomedicina passa a redefinir o novo padrão de mulher “normal”, intervindo não somente sobre desordens ginecológicas, mas também normatizando comportamentos femininos.

Na “era dos hormônios” novos aspectos do corpo feminino são colocados em jogo. Novas respostas são necessárias para compreender o que é um corpo feminino normal e o que é anormalidade. Os conhecimentos hormonais passam a ser o parâmetro de excelência para definir as diferenças sexuais e sustentar a lógica do determinismo biológico da época.

O termo hormônios sexuais foi cunhado pela primeira vez, em 1905, pelo professor de fisiologia da Universidade College de Londres, Ernest Starling¹³, o qual definiu que hormônios sexuais seriam substâncias reguladoras dos processos físicos do corpo. A partir dessa conceituação, os expertos da ciências reformularam suas teorias e concluíram que o determinismo sexual era genético, enquanto a diferenciação sexual ocorria em função dos hormônios desenvolvidos nas gônadas. Os hormônios sexuais se tornaram mensageiros químicos da feminilidade e masculinidade. Masculino e feminino foram entendidos como categorias opostas, distintas, e não como dimensões independentes ou complementares¹³.

A interação formada entre cientistas médicos/ cientistas de laboratórios e indústria farmacêutica obrigou romper com a ideia inicial de dualidade entre hormônio feminino e hormônio masculino; descobriu-se através de análises laboratoriais, em peças e excreções de animais, que os hormônios masculinos e femininos estavam presentes em homens e mulheres e a quantidade de cada hormônio nos corpos é que definiria suas características sexuais. Essa nova forma de explorar o corpo representou um modelo bioquímico para o entendimento do corpo humano, deixando este de ser um modelo anatômico-biológico^{13,17,19}. Embora ao longo do século XX, as substâncias conhecidas como hormônios sexuais tenham sido entendidas como agentes catalisadores que exerciam diversas funções no organismo, independente do sexo, a nomenclatura utilizada, tanto pela ciência quanto no senso comum, remete ao dualismo sexual- hormônio sexual feminino e masculino¹³.

Os estudos hormonais marcaram sobretudo o corpo feminino e passaram a ser utilizados para corrigir “imperfeições ou anormalidades” das mulheres. Em 1927, o Menformon® passou a ser comercializado e utilizado por indicações médicas para o tratamento de distúrbios menstruais, menopausa, infertilidade e problemas dos órgãos genitais. Ensaios clínicos também foram realizados em clínica psiquiátricas, no tratamento de psicoses e depressão atribuídas a perturbações no ciclo menstrual. Em 1929 passou a ser utilizado em doenças dermatológicas(eczemas), doenças das articulações, epilepsia, perda de cabelo, diabetes, hemofilia e distúrbios oculares atribuídos a disfunção dos ovários¹³.

A utilização de hormônios para tratamento de distúrbios sexuais masculinos não obteve relevância cultural (problemas de libido/impotência não eram comentados com os clínicos) ou mesmo institucional (urologistas se detinham ao tratamento de distúrbios urológicos), visto que a fisiologia do aparelho reprodutor masculino não foi institucionalizada como uma especialidade médica. O insucesso com o uso dos hormônios no grupo masculino permitiu nos anos de 1920 e 1930, que o corpo feminino fosse o principal objeto para a terapia hormonal,

cujas principais indicações eram a fertilidade, a menopausa e os problemas relacionados ao ciclo menstrual¹³. Rohden (2008) considera que o caminho percorrido pelos estudos hormonais tiveram como um de seus efeitos, a transformação mais radical do corpo feminino em um corpo hormonal, no qual as substâncias hormonais determinariam na mulher seu sexo e seu gênero. “Se o padrão de comportamento sexual, social, reprodutivo e estético não se coadunava com o modelo de gênero esperado, a administração dos hormônios – as verdadeiras substâncias da feminilidade – poderia reconduzir as mulheres a seu devido lugar”¹⁷.

O uso de hormônios com finalidade contraceptiva começou a ser pensado ainda nos anos de 1920 e 1930, porém, foi refutado. Em parte, pela importância da igreja católica no discurso contra o uso de produtos artificiais para o controle da natalidade. Este fato influenciou a falta de financiamento das universidades públicas e o apoio político e moral para realização de ensaios clínicos e o desenvolvimento de uma tecnologia voltada para o controle da reprodução¹³.

A multiplicidade de usos terapêuticos dos hormônios somente foi redirecionada e centrada nos interesses contraceptivos, a partir dos anos de 1950, quando o quadro sócio-político e econômico foram favoráveis ao desenvolvimento de pesquisas e testes que permitiram a descoberta das pílulas anticoncepcionais¹³.

Entendemos que os discursos produzidos a partir dos estudos sobre hormônios ocasionaram uma nova releitura sobre o gênero, sexo e sexualidade. Os hormônios se destacam como ferramentas das ciências para tradução do corpo feminino, inicialmente associados a capacidade de reprodução, e posteriormente, com o advento dos anticoncepcionais orais, à regulação da fecundidade e, para as mulheres abriu possibilidades de que elas próprias pudessem cuidar de si e controlar suas vidas reprodutivas.

2.2. História da Pílula Anticoncepcional no mundo e no Brasil

Os esforços que culminaram na produção de um medicamento com finalidade contraceptiva emergiram a partir de um contexto onde processos históricos com temporalidade distintos coalesceram, dentre eles: os debates sobre regulação da prole e controle da fecundidade defendidos pelos movimentos de birth control; as transformações ocorridas nas áreas das ciências biomédicas em função dos estudos dos hormônios, iniciados nos anos de 1920; a preocupação em melhorar a humanidade a partir da reprodução, idealizada pelos movimentos eugenistas; o incentivo ao uso das ciências na produção e aprimoramento de métodos contraceptivos defendidos pela ideologia neomalthusiana^{VI}; assim como o cenário promovido pelo pós guerra a partir dos anos de 1950, incluindo o crescimento da indústria farmacêutica, o fortalecimento do capitalismo norte americano e a preocupação com o crescimento populacional nos países pobres ^{2,3, 13,17}.

Marie Stopes (1880-1958), na Inglaterra, e Margaret Sanger (1879-1966), nos Estados Unidos foram importantes nomes ligados a defesa do planejamento familiar. Elas utilizaram discursos centrados na capacidade dos contraceptivos em proporcionar a felicidade do casal, melhorar a qualidade da raça, reduzir os gastos com assistência social e conseqüentemente, com impostos. Utilizando discursos mais libertários, Madeleine Pelletier (1874-1939), na França, e Emma Goldman (1869-1940), nos Estados Unidos, também defenderam o direito das mulheres ao seu corpo como justificativa para o controle da natalidade ⁶.

^{VI} A ideologia neomalthusiana se baseia em uma releitura da ideia apresentada pelo economista Tomas Malthus em seu livro “Ensaio sobre o Princípio da População” (1798). Para Malthus a população crescia geometricamente, enquanto a produção de alimentos crescia de modo aritmético. Malthus defendia como solução para o problema, a abstinência sexual dos pobres e o aumento da idade para os casamentos. Já os Neomalthusianos defendiam o uso da ciência na produção e aprimoramentos de métodos voltados para contracepção (Souza Júnior 2006, Pedro 2010, Dias 2015).

Embora os efeitos contraceptivos dos hormônios já fossem conhecidos desde a década de 1920, em especial por alguns cientistas europeus, o momento ainda não se configurava como oportuno para o desenvolvimento de uma droga para o controle da natalidade ^{8,13}.

Após a segunda guerra mundial, o crescimento da população tornou-se um problema relevante no plano sócio-político e econômico. Os Estados Unidos, temerosos com o avanço do comunismo, acreditavam que o crescimento populacional nos chamados países do “terceiro mundo” aumentaria ainda mais a pobreza, as mazelas e as insatisfações, colocando em risco o capitalismo norte americano. Dessa forma, promoveu a questão populacional como uma pauta das políticas internacionais traçando estratégias focadas no “perigo da explosão demográfica”. A divulgação deste “perigo” gerou um certo pânico nas sociedades e serviu como estímulo para atuação de neomalthusianos no aprimoramento e criação de novos métodos voltados para contracepção ²⁻⁵.

As reivindicações sociais, a emergência dos governos em resolver o problema populacional, associado ao aprimoramento nos estudos dos hormônios^{VII} e o desenvolvimento da indústria farmacêutica^{VIII} criaram um ambiente propício para que, em 1951, Margareth Sanger articulasse uma rede de profissionais, com o intuito de desenvolverem uma nova tecnologia contraceptiva que fosse segura, eficaz, com custo acessível e de controle da mulher. A rede foi formada por: Katharine McCormick, filantropa e ativista dos direitos femininos; Gregory Pincus, biólogo; o Dr. John Rock, ginecologista e obstetra e Margareth Sanger, enfermeira, sexóloga, feminista e ativista do controle da natalidade ²⁻⁵.

^{VII} Em 1940 cientistas conseguiram isolar as moléculas dos hormônios femininos - estrogênio e progesterona, passo fundamental para que estudos voltados para ciência da reprodução pudessem avançar em direção ao desenvolvimento de um contraceptivo hormonal (Watkins, 1998).

^{VIII} O “boom” da indústria farmacêutica no pós guerra com a descoberta da cortisona, para o tratamento da artrite reumatoide, bem como, o advento dos antibióticos gerou lucros que promoveram o interesse da indústria em investir em um novo produto a ser comercializado (Watkins, 1998).

Após um curto período de testes em mulheres pobres de Porto Rico e do Haiti, a pílula hormonal foi primeiramente aprovada, em 1957, pela Food and Drug Administration (FDA) para tratamento de distúrbios ginecológicos e, posteriormente, em maio de 1960, foi aprovada a venda do ENOVID, primeira pílula combinada de estrógeno e progesterona sintética, lançada no mercado americano com finalidade contraceptiva ²⁻⁶. Embora fossem conhecidos alguns efeitos colaterais do produto, o mesmo foi considerado uma alternativa para o controle desordenado da população ^{2,4}.

Buscando contornar possíveis embates com a igreja, Dr. Rock, que era católico, utilizava o discurso que a pílula era um método “natural” de contracepção, visto que os hormônios eram substâncias presentes no corpo feminino, era algo da fisiologia da mulher ^{8,9}. Mesmo assim, a Igreja Católica manteve seu posicionamento contra a utilização de métodos artificiais para o controle da natalidade^{IX}. Este posicionamento da igreja influenciou alguns médicos e governantes na liberação do uso das pílulas.

A pílula anticoncepcional foi uma das primeiras drogas na história da medicina a ser utilizada por pessoas saudáveis com uma finalidade social ¹³. Esta característica a define como uma das primeiras drogas classificadas como de “estilo de vida”, como pontua Junod e Marks (2002), uma droga que não é utilizada necessariamente para o tratamento de uma doença, mas para aprimorar a vida das pessoas ²¹.

O circuito de comercialização das pílulas assumiu diferentes formas em cada país. Nos Estados Unidos, as pílulas só podiam ser vendidas sob prescrição médica ², na França a autorização para comercialização dos contraceptivos ocorreu em 1967 ⁴, na Espanha em 1978

^{IX} Em 1968 a igreja católica publicou a *Encyclical Humanae Vitae*, uma carta escrita pelo Papa Paulo VI aos católicos, sobre a regulação na natalidade, se posicionando contra o aborto e os métodos artificiais de contracepção. http://w2.vatican.va/content/paul-vi/pt/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html.

²², na Grã-Bretanha, começou a ser vendida por volta de 1961⁶. Em muitos países do chamado “terceiro mundo”, as pílulas chegaram, predominantemente, mediante ações de entidades não governamentais de planejamento familiar, financiadas por instituições internacionais como a International Planning Parenthood Federation (IPPF), a United States Agency for international development (USAID) e fundações privadas como a Ford e Rockefeller ⁶.

No Brasil, a chegada dos anticoncepcionais orais se deu por volta do ano de 1962, através de um modelo misto de difusão envolvendo a assistência privada, através das prescrições médicas, a comercialização livre nas farmácias e o circuito das instituições filantrópicas ligadas aos projetos de planejamento familiar. Essa rede de circulação permitiu uma rápida difusão do medicamento entre as mulheres brasileiras, fato anunciado na capa da revista *Realidade*, em 1966: “Brasil: 60 milhões de pílulas por ano”²³.

A introdução desta artefato médico se deu em um contexto contraditório, se por um lado foi contemporânea aos processos de modernização que se aceleravam no país com a urbanização, industrialização, proletarização da mão de-obra rural e urbana, entrada de mulheres no mercado de trabalho, entre outras questões que mediaram novos padrões culturais referentes a contracepção. Por outro lado, foi também contemporânea do autoritarismo político do regime militar e se deu em um quadro de desigualdades sociais intensas, inclusive no que diz respeito ao acesso à saúde e à educação, de falta de capacidade regulatória do Estado no que se refere à circulação de tecnologias médicas e de emergência do “problema populacional” e da ideologia neomalthusiana ^{3-5, 8}.

O contexto social, econômico e cultural brasileiro mediou uma circulação das pílulas permeada por inúmeras controvérsias envolvendo posicionamentos religiosos e políticos, de profissionais de saúde, economistas, mulheres e governantes. Oficialmente o governo brasileiro manteve uma postura silenciosa e omissa em relação ao uso das pílulas, como métodos

contraceptivos, permitindo que esta tecnologia fosse vendida livremente nas farmácias, mesmo sendo considerada um produto proibido pela lei vigente ^{5, 6, 24}.

Conhecido como Lei das Contravenções Penais, o Decreto-Lei 3.688, de 3 de outubro de 1941, em seu capítulo I, artigo 20, proibia: “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto ou evitar gravidez”. O descumprimento da lei consistia no pagamento de multa que podia variar de “mil réis a cinco contos de réis”. Tal Lei foi revogada no ano de 1979 ⁷. Embora a Lei das contravenções penais proibisse o anúncio de produtos destinados a contracepção, essa “proibição” não foi impedimento para ampliação do mercado consumidor. A diminuta fiscalização sobre o controle de receitas médicas (apesar da prescrição ser obrigatória, nem sempre as clientes dispunham de receita médica), bem como seus múltiplos usos, contribuíram para esta realidade ¹⁰.

Neste contexto, Richers e Almeida (1975) pontuam que os médicos eram cautelosos na formulação de suas receitas. Apenas um terço dos médicos indicavam os anticoncepcionais orais diretamente para o efeito desejado: “contracepção”; muitos prescreviam como reguladores menstruais e utilizavam termos como “supressão da ovulação” ¹⁰. Sobre este aspecto, Menezes (2011) sinaliza que o termo “anovulatório” era utilizado nas prescrições com o intuito de burlar a lei vigente; assim como, as indicações para tratamento de desordens ginecológicas e problemas dermatológicos mascaravam o efeito contraceptivo das pílulas ⁷.

No circuito das instituições filantrópicas de planejamento familiar, a Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM)^X é o principal exemplo de instituição que funcionava com financiamentos internacionais, distribuindo gratuitamente pílulas às mulheres das camadas

^X A BEMFAM foi criada no ano de 1965, ao final da XV jornada de Ginecologia e Obstetrícia, com o objetivo de promover e propugnar pelo bem estar da família, ajudando a reduzir o número de abortos provocados no país.

populares^{3, 5, 6, 24}. A BEMFAM atuou fortemente em várias regiões do Brasil, inclusive sendo responsável por pesquisas referentes à vida reprodutiva de mulheres em idade fértil no país³.

Nesta pesquisa, buscamos ampliar os conhecimentos já produzidos acerca das pílulas anticoncepcionais e seus desdobramentos no cenário brasileiro, como dispostos nos trabalhos de Richers e Almeida (1975), Fonseca Sobrinho (1993), Pedro (2002, 2003 e 2010), Menezes (2011), Souza Junior (2006), descortinado a partir de histórias de mulheres pioneiras no uso desta tecnologia, como foi a introdução e difusão deste artefato médico na remodelação das normas de gestão da fecundidade, explorando as formas de acesso, os meios de informação e as interações mediadas por este dispositivo e provocando novas reflexões no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

2.3. Interfaces do uso da pílula e medicalização da Sexualidade

A contracepção tem sido uma preocupação de homens e mulheres, principalmente na vigência de relações heterossexuais. Segundo Maitre (2013) desde a antiguidade as mulheres submetem seus corpos a recursos rudimentares e/ou práticas sexuais para o exercício da regulação da fecundidade. Mulheres e homens eram considerados agentes deste processo, enquanto as mulheres perpetuavam culturalmente o uso de ervas e banhos, os homens praticavam o coito interrompido, diferentes práticas sexuais ou abstinência²⁵.

Na era moderna, especialmente no mundo ocidental, as concepções de sexo, sexualidade e contracepção sofreram grandes mudanças a partir da nova racionalidade política que se pronunciava com o capitalismo¹⁹. Foucault (2010) discute em sua *Microfísica do poder* que, a partir do século XVIII, o exercício do poder como prática de governo se deu através de um regime dominado por técnicas em torno da população e da economia política. A era da governamentalidade se iniciava tendo como questão política fundamental as técnicas de

governo, cujas táticas “permitem definir a cada instante o que deve ou não competir ao Estado, o que é público ou privado, o que é ou não é estatal” ^{26: 292}. Este Estado de governo que tem como alvo a população e utiliza a instrumentalização do saber econômico, foi estabelecendo o controle da sociedade através de dispositivos utilizados como ferramentas para constituir e organizar os sujeitos ²⁶.

A organização do poder sobre a vida, aquilo que Foucault (1999) chamaria de biopoder, ocorreu a partir de “dois polos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações” ^{27:131} - as disciplinas do corpo e as regulações da população-. O primeiro “centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos” ^{27:131}, assegurados pelo poder disciplinar anátomo político do corpo humano. As regulações da população centraram-se no corpo como espécie, na mecânica do ser vivo e seus processos biológicos: “a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar” ^{27:131}. Estes processos sofreram uma série de intervenções e controles reguladores: “uma biopolítica da população”.

O exercício do biopoder através da sujeição dos corpos e o controle das populações foi um elemento indispensável para o desenvolvimento do capitalismo, uma vez que permitiu a inserção controlada dos corpos no aparato produtivo e o ajustamento dos fenômenos da população aos processos econômicos ²⁷. Para Foucault (2010) o capitalismo socializou o corpo como força de produção e força de trabalho, investiu no biológico, no somático e no corporal para obter o controle da sociedade sobre os indivíduos ²⁸.

Esta mudança na concepção das relações de poder levou profissionais da ciência a otimizar e padronizar a função do corpo. O monitoramento social foi garantido mediante o desenvolvimento de métodos estatísticos para supervisionar e administrar nascimentos e

mortalidade, o nível de saúde, expectativa de vida e a longevidade dos cidadãos. O desenvolvimento das disciplinas como embriologia, endocrinologia, cirurgia, psicologia e bioquímica permitiram que os especialistas atuassem na gestão dos corpos sexuados – inclusive “suas capacidades, gestos, movimentos, localização e comportamentos”^{19:26}. O sexo passa a ser um objeto de controle privilegiado porque está sujeito tanto às técnicas disciplinares do indivíduo como aos procedimentos reguladores da população. Insere-se, simultaneamente, nos dois eixos: é acesso à vida do corpo e à vida da espécie, serve como matriz das disciplinas e como princípio das regulações²⁷.

A emergência das preocupações com o contingente populacional acionou como ferramenta do biopoder, o dispositivo da sexualidade. O corpo feminino e a regulação dos processos reprodutivos transformaram-se em objeto da ciência. As ciências médicas, assim como, a matemática, a estatística, sobretudo a bioestatística se configuraram como tecnologias para um novo enquadramento frente às questões demográficas. O uso desses recursos permitiu a ciência intervir no cotidiano da sociedade, redefinindo novas regras, normas e práticas coletivas em prol do bem comum. O dispositivo da sexualidade articulou relações de poder que envolveram técnicas de saber e procedimentos discursivos acerca dos comportamentos e hábitos individuais, socializando as condutas de procriação, uma forma de controle social sobre os nascimentos²⁷.

Neste contexto de intervenção estatal sobre o corpo, a intervenção das ciências humanas e das ciências biomédicas no cotidiano dos indivíduos transformou o que era “natural” em “normal”, classificando como desviante ou anormal qualquer atitude ou comportamento que fugisse às regras socialmente estabelecidas. Essa interferência do saber científico especializado sobre processos comuns da vida, tornando hábitos do cotidiano de propriedade da medicina, norteados por regras de higiene e normas de conduta, caracteriza o fenômeno considerado por diferentes autores²⁹⁻³¹ como medicalização. Para Peter Conrad (2007) a medicalização é um

processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos³¹. Para Foucault (1999), a ampliação do poder normativo sobre a vida, diz respeito a processos singulares pelos quais uma sociedade em dado momento de sua história constituiu um objeto ou uma prática, como próprios do domínio da medicina^{27,32}.

O processo de medicalização e, de modo mais específico, o de medicalização da sexualidade pode ser explorado em diversas dimensões. Neste estudo, entendemos que o uso das pílulas anticoncepcionais pode ser explorado como uma das dimensões do processo de medicalização da sexualidade. A pílula surge como um medicamento a ser indicado no tratamento de infertilidade, regulação do ciclo menstrual, desordens ginecológicas e, sobretudo, como uma ferramenta para o controle da vida reprodutiva. Essas múltiplas indicações permitiam aos ginecologistas ter um dispositivo com o qual poderiam normalizar a fisiologia da mulher e normatizar a gestão da fecundidade³³. No entanto, os interesses que permearam o desenvolvimento e utilização deste fármaco não foi unicamente médico. O uso das pílulas anticoncepcionais, como mostram os trabalhos de Pedro (2002, 2003 e 2010), foi desejado por mulheres de todas as classes sociais, principalmente por seu efeito contraceptivo, o qual permitia programar quando e quantos filhos queriam ter⁴⁻⁶. Para além desses processos, a pílula incitou o desejo pela própria racionalidade da gestão da fecundidade.

Teóricos da medicalização contemporâneos consideram que a incorporação dos recursos técnicos e tecnológicos e a medicalização de processos naturais e comportamentais devem ser pensadas de modo mais abrangente do que um “imperialismo médico”. Foucault (1999) já enfocava que a relação de poder existente entre médicos e usuárias precisa ser entendida não como uma dominação de um grupo sobre o outro, mas, como uma “multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem... o jogo que através de lutas e afrontamentos incessantes, as transforma, reforça, inverte”^{27:88}. Para Conrad (2007), a medicalização é uma forma de ação coletiva bem mais complexa do que a mera anexação de

novos problemas pelos médicos e pela profissão médica; envolve a indústria farmacêutica- suas inovações e estratégias de mercado-, seguros de saúde, movimentos sociais, enfim, uma gama de fatores que amplificam as dimensões dos processos medicalizantes³¹. No âmbito das pílulas anticoncepcionais, os múltiplos focos medicalizadores envolveram a indústria farmacêutica, a mídia, as interações entre as mulheres e os farmacistas, as relações entre as próprias mulheres e, até mesmo, a escola- na época omissa- e a igreja -contrária ao uso da tecnologia-, que acabaram por incitar o debate sobre esse dispositivo.

Nesse contexto, as controvérsias que permearam a difusão das pílulas no Brasil, nos anos de 1960, podem ser entendidas a partir dos conceitos de biopoder, medicalização e resistências. Para Foucault (1999), as resistências “introduzem na sociedade clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e os remodelando”^{27:92}. O entendimento acerca deste conceito nos leva a acreditar que os embates entre religiosos, governantes, profissionais de saúde, entidades não governamentais, deram voz e vez à circulação das pílulas, como um novo dispositivo médico para regulação da fecundidade. Questões particulares como a moralidade, os silêncios e segredos acerca do exercício da sexualidade foram sendo (re)modelados em função da pactuação de novas regras sociais para gestão da fecundidade.

Segundo Junod e Marks (2002), a pílula anticoncepcional foi um produto de consumo para a população geral de mulheres saudáveis e em idade fértil com aspectos científicos, industriais e sociais conjugados²¹. Uma droga com efeitos sobre os estilos de vida, decididamente, no que diz respeito às normas procriativas e a gestão da fecundidade. Os veículos de comunicação também muito contribuíram para essa conformação, propagando as pílulas como um produto seguro e de maior conforto para os casais^{6,7,22}. No Brasil, a pílula surge como um produto de fácil uso, livre acesso de compra nas farmácias (a fiscalização sobre o uso de prescrição médica era diminuta), embalagens autoexplicativas, prático (comprimidos

pequenos- fáceis de guardar ou “esconder”), eficaz, características que lhe atribuiu boa aceitabilidade no universo feminino.

Partindo da ideia de co-constituição ³⁴, entendemos que a pílula foi uma tecnologia co-constituída socialmente, na qual interesses comerciais, médicos, políticos e sociais se adequaram às necessidades femininas, tanto em relação à finalidade do produto, quanto a praticidade em seu uso. Em outro sentido, esta tecnologia também provoca mudanças nos atores e em seus interesses. Para as mulheres, especificamente, a pílula permitiu maior controle e autonomia na gestão da fecundidade, independente da cooperação do parceiro, ou mesmo da atuação do médico sobre o seu corpo (através da compra direta em farmácias), promoveu autonomia sobre sua fertilidade, bem como facilitou a apropriação da tecnologia pela mulher.

Utilizando como referência Ousdhoorn e Pinch (2003), entendemos que a pílula se caracteriza como uma tecnologia médica permeada por múltiplos usos (tanto em seus anos de introdução, quanto na contemporaneidade): uso prescrito, uso dominante, uso definido pelo fabricante, uso produzido pela prática; enfim um produto que ao longo dos anos, conforme os interesses dos atores envolvidos, foi se estabilizando como prática contraceptiva, bem como adquirindo novos sentidos ³⁴.

A partir de memórias de mulheres brasileiras que utilizaram pílulas anticoncepcionais nos anos de 1960, descortinamos como a comercialização das pílulas anticoncepcionais contribuíram para novos desdobramentos, novas co-constituições e apropriações dos processos de medicalização da sexualidade.

2.4. Geração e Memória

As histórias contadas por gerações de mulheres que vivenciaram a chegada da pílula anticoncepcional no Brasil, suas expectativas e apreensões, resgatam sobretudo, memórias

acerca de suas vivências relativas ao sexo, à sexualidade e à gestão da fecundidade. Apresentaremos a seguir, alguns autores que nos darão suporte teórico para as reflexões referentes à geração e à memória.

Para Barros (2007), as noções de tempo, espaço e pessoa estão na base dos estudos de gênero, sendo categorias fundamentais em qualquer sociedade. Essas categorias são apreendidas “pela compreensão da relação entre mudança social e tradição, pela construção de narrativas do passado baseadas em memórias coletivas, pela análise simbólica dos espaços... “e pela compreensão das construções de identidade individual e coletiva”^{35:9}.

Para aprofundar a discussão sobre geração, considero imprescindível resgatar Debert (2007), para quem as categorias de idade presentes em uma sociedade e o caráter dos grupos etários nela constituídos “são um material privilegiado para se pensar a produção e a reprodução social”^{36:49}. A autora ressalta que as vivências destes grupos socialmente constituídos, sobre determinados eventos, são o que definem trajetórias passadas e futuras. Sendo assim, Debert acredita que geração “não são pessoas que compartilham a idade”, mas sim, “grupos extremamente ativos no direcionamento das mudanças de comportamento, na produção de uma memória coletiva e na construção da tradição”^{36:60}.

Na visão de Jean François Sirinelli (2006), geração é uma peça importante da engrenagem do tempo, servindo de marco inicial para a análise das vicissitudes humanas. Constitui-se em um fato natural, mas também cultural e modelado pelo acontecimento. Trata-se de uma estrutura que a análise histórica deve levar em consideração, pois contribui para reabilitar o acontecimento, ou mesmo ser criada ou modelada por um acontecimento inaugurador. Diferentemente de Debert (2007), o autor considera que geração deriva do sentimento de pertencer- ou ter pertencido- a grupo etário com forte identidade diferencial³⁷.

Magalhães (2014), pautada nos trabalhos de Mannheim e Ortega y Gasset, apresenta uma perspectiva semelhante a de Sirinelli, definindo geração como um grupo de pessoas nascidas

no mesmo ano ou em anos próximos, sendo contemporâneas e coetâneas, participando de certa posição de igualdade dentro do âmbito histórico e de certas formas de vivência e pensamento, sem desconsiderar-se sua “estratificação de vivências”³⁸. Esse conceito permite colocar em questão a imagem que uma sociedade tem do passado, protagonizado por uma geração, que viveu fatos, acontecimentos e experiências que permitam a historicização da memória³⁸.

No que tange à memória, Rousso (2006) a considera como “uma reconstrução psíquica e intelectual que acarreta uma representação seletiva do passado”. O passado de um indivíduo inserido num contexto familiar, social, nacional, tendo como atributo “garantir a continuidade do tempo e permitir à alteridade, ao tempo -que muda- e às rupturas que são o destino de toda vida humana”^{39:94}. Trata-se de um elemento essencial da identidade, da percepção de si e dos outros, percepção esta que será diferente no plano individual, social e nacional.

Thomson, Frisch e Hamilton (2006) sinalizam que não existe uma história única, fixa e recuperável; a pluralidade de versões do passado fornecidas por diferentes interlocutores precisa ser considerada como um recurso de análise. A maneira que o indivíduo constrói suas memórias revela processos do lembrar que podem ser explorados a partir dos significados subjetivos da experiência vivida e a natureza da memória coletiva e individual⁴⁰. Os autores advertem que as influências dos meios de comunicação podem interferir no modo pelo qual os indivíduos narram seu passado, por exemplo: ao assistir um filme que retrata uma época passada de sua vida, o indivíduo pode incorporar as ideias ali apresentadas, narrando-as como suas, ou mesmo recriar uma história a partir do filme assistido. Para os autores supracitados, essas distorções do passado, ou seja, a maneira como o indivíduo “recria” ou “inventa” seu passado, também podem servir de ferramenta na análise histórica dos processos sociais estabelecidos.

Para Rousso (2006), um indivíduo que fala de seu passado e sua experiência “não falará senão do presente, com as palavras de hoje, com sua sensibilidade do momento, tendo em mente tudo quanto possa saber sobre esse passado que ele pretende recuperar com sinceridade e

veracidade”^{39:98}. Essa versão tem sua legitimidade e peculiaridade, pois é possível ter um uma fonte de informação sobre vivências de um indivíduo, sobre sua visão contemporânea³⁹.

Portelli (2006) desenvolve uma importante discussão sobre memória coletiva, mostrando que a memória é mediatizada por ideologias, linguagens, senso comum e instituições. A este respeito, conclui que seria um erro tratar memórias “como um núcleo sólido, impenetrável ao pensamento, imune à história e à política, inacessível à análise crítica”^{41:130}.

Santos (2003), referenciando Foucault, pontua que não existe uma verdade a ser descoberta a partir do passado, pois “as palavras não guardam um sentido único, os desejos não apontam em uma única direção e o mundo de discursos e desejos conhece invasões, conflitos e armadilhas”^{42:175}. Logo, a pluralidade das vivências e percepções do indivíduo sobre si e sobre os outros conduzirá as narrativas de suas memórias.

Nesse estudo as memórias de mulheres que utilizaram pílulas anticoncepcionais nos anos de 1960 serão tratadas não como verdades ou mentiras, mas como vivências de mulheres de gerações que estavam inseridas em diferentes contextos individual, social e familiar, buscando a construção de análises que incluam aspectos de geração e gênero⁴³.

Através da memória de duas gerações de mulheres, a historiadora Joana Maria Pedro iniciou discussões e reflexões focalizadas na maneira como foi vivida no Brasil a experiência com métodos contraceptivos, e a grande mudança que ocorreu, a partir dos anos de 1960, com o início do comércio das pílulas anticoncepcionais⁵. Nesta pesquisa nos debruçamos sobre as memórias de gerações pioneiras no uso das pílulas anticoncepcionais, descortinando os efeitos desse artefato médico no cotidiano das mulheres na década de 1960. Buscamos articular gênero, geração e memória, ampliando o número de estudos com esse enfoque. Apresentamos e discutimos as relações de poder permeadas pela utilização desta nova tecnologia contraceptiva, que permitiu uma nova forma de gestão da fecundidade entre as mulheres brasileiras.

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa integra uma linha de pesquisa mais ampla sobre a trajetória dos contraceptivos hormonais no Brasil. O projeto de pesquisa: “Histórias de prescrição de pílulas anticoncepcionais no Brasil entre 1960 e 1980: a construção de uma prática medicalizada”, dispõe de acervo documental e narrativo do qual se elegeu material para análise no estudo aqui apresentado.

3.1. Tipo de estudo

A pesquisa utiliza o método da história oral, trabalhando sobre narrativas de mulheres acerca da utilização de pílulas anticoncepcionais, na década de 1960. A escolha deste método nos permitiu registrar e analisar fatos que elucidaram interações entre percursos individuais e processos coletivos.

Conforme sinalizado por Spindola e Santos (2003), Glat et al. (2004), Queiroz (1987) e Souza (2012) a utilização da história oral permite captar os sentidos e os significados das experiências vividas pelos sujeitos e compreender práticas sociais e padrões socioculturais ⁴⁴⁻
⁴⁸.

De acordo com Santos (2003) e Pollak (1989) trabalhar com este método nos possibilita evocar a memória das participantes, ou seja, entrar em contato com suas lembranças, enredos, pensamentos, ideias, imaginações, experiências, interações, silêncios e esquecimentos ^{42,49}.

Nesta pesquisa trabalhamos com a memória de mulheres de diferentes origens sociais, fato que nos colocou diante de uma diversidade de relatos sobre a vida privada e o dia-a-dia das práticas contraceptivas, cuja análise exigiu situá-los em seus contextos políticos e sociais, no tempo e no espaço, considerando a celeridade das transformações sociais ao longo da década estudada.

3.2. Participantes da pesquisa

Foram convidadas a participar desta pesquisa mulheres residentes no Estado do Rio de Janeiro e que utilizaram pílulas anticoncepcionais, nos anos de 1960. Não foram limitadores para a captação das participantes, a situação conjugal na época, o tempo de uso da pílula e nem os lugares que residiam naquela década, apesar de que esses aspectos foram considerados na análise das narrativas. O critério de exclusão para o convite foi apresentar déficit cognitivo ou qualquer comprometimento mental que pudesse colocar a entrevistada em situação de constrangimento, ferindo os princípios éticos referentes à pesquisa com seres humanos.

A técnica bola de neve foi o método principal de captação das mulheres⁵⁰. As primeiras participantes foram captadas nas redes de contatos das pesquisadoras, sendo instadas a indicarem parentes, amigas ou conhecidas, que se enquadrassem nos critérios de inclusão. Deste modo, conseguimos entrevistar nove mulheres todas em seu domicílio. Outro recurso utilizado para identificação de possíveis participantes foi o contato com o Movimento de Mulheres de São Gonçalo^{XI}. Em visita ao local, nos apresentamos e lançamos o convite para participação da pesquisa. Duas mulheres interessadas se adequaram ao perfil do estudo. As entrevistas foram realizadas em salas, gentilmente cedidas, pela coordenadora do local. Também captamos três mulheres que foram conhecidas em ônibus, farmácia e praça pública, e que, a partir de uma conversa informal sobre a pesquisa, se dispuseram a conceder entrevistas e abriram as portas de suas casas para nos receber e contar suas histórias.

As entrevistas foram realizadas entre outubro de 2015 e maio de 2016. No total foram 643 minutos de gravação e uma média de 46 minutos por entrevista.

^{XI} O Movimento de Mulheres em São Gonçalo é uma entidade da sociedade civil, sem fins lucrativos, de utilidade pública municipal e estadual, fundada a 26 anos (1989), cuja missão é enfrentar todas as formas de preconceitos e discriminações de gênero, raça/etnia, orientação sexual, credo, classe social e aspectos geracionais, em defesa dos direitos de crianças, adolescentes, jovens, mulheres e idosas, em especial, àquelas que são vítimas de violência de gênero ou doméstica ou que estejam vivendo com HIV/AIDS (www.movimentomulheres.com.br).

3.3. Obtenção das Narrativas

Com o intuito de provocar narrativas que permitissem que as mulheres contassem livremente as histórias vividas⁵¹, foi utilizada uma pauta temática com tópicos que abrangeram a trajetória afetivo-sexual das participantes (Anexo A). Gaskell (2012) descreve que a pauta temática visa criar “um referencial fácil e confortável para uma discussão, fornecendo uma progressão lógica e plausível através dos temas em foco”^{52:67}.

Primeiramente, foi lançada uma pergunta aberta, a fim de instar a entrevistada a narrar suas experiências: “Conte-nos como foi o seu primeiro contato com as pílulas anticoncepcionais”. No decorrer da entrevista, quando observávamos a necessidade de aproximar os relatos obtidos aos objetivos da pesquisa, intervenções com perguntas abertas foram feitas. Foram evitadas interrupções durante a narrativa em curso, bem como, inferências pessoais, opiniões ou debates⁵⁰⁻⁵². Conforme Jovchelovitch e Bauer (2012) sugerem, ao percebermos que a narrativa chegou ao fim, ou seja, diante do “coda”, pontos da pauta temática que não foram abrangidos, foram perguntados em busca de mais informações⁵¹.

As entrevistas foram previamente agendadas com as participantes, respeitando suas disponibilidades. Foi possível estabelecer uma relação empática e respeitosa entre participante-entrevistadoras, de modo que a mulher se sentiu confortável para expor temas de sua intimidade. As entrevistas ocorreram de forma individualizada e em ambiente que favoreceu a privacidade das mulheres.

As participantes foram informadas previamente quanto ao tempo estimado para a entrevista e todas concordaram em gravar suas narrativas. O registro do não dito foi realizado no diário de campo, através de anotações de comportamentos, diferenças no tom de voz durante a narrativa, ou seja, fenômenos, informações e acontecimentos que pudessem retratar o cenário envolvido e suas contribuições na compreensão do que posteriormente seria transcrito nas gravações^{50, 51}.

3.4. Análise das narrativas

Foi realizada análise narrativa e análise temática do conteúdo das entrevistas, baseada nas proposições de Bertaux (2010), Minayo (2006) e Gomes (2013), conforme descrito a seguir.

Seguindo as considerações de Jovchelovitch e Bauer (2012), o material foi transcrito, com sinalizações referentes aos silêncios, atos e entonações que pudessem contribuir para uma compreensão mais ampla dos significados contidos nas narrativas, propiciando um fluxo de ideias para interpretação do relatos⁵¹. Durante a transcrição dos relatos orais foi realizada uma revisão ortográfica dos discursos, corrigindo as concordâncias e os fonemas indevidos, a fim de facilitar a compreensão dos mesmos.

Após essa etapa, seguindo o que Gomes (2013) e Minayo (2006) propõem, foram feitas leituras flutuantes do material, buscando ter uma visão do conjunto, apreender as particularidades a serem analisadas, elaborar pressupostos iniciais para interpretação do material, escolher formas de classificação inicial e determinar os conceitos teóricos que orientariam a análise^{53, 54}.

Como parte desse processo, utilizamos a escuta atenta dos áudios para reproduzir histórias sobre a vida de cada participante. O intuito desse exercício analítico foi mergulhar na trajetória afetivo-sexual das participantes, recriando cenários, revivendo diálogos, e tendo como foco compreender como nosso objeto de estudo foi sendo apropriado pelas mulheres durante os anos de 1960.

Seguida à exploração do material, realizamos a categorização dos dados, as interpretações e inferências, possibilitando articular os sentidos dos textos aos conceitos teóricos condutores da análise^{52,54}.

A contribuição para uma história social acerca de um artefato médico inserido no cotidiano feminino nos colocou em contato com a riqueza de dados proporcionados pelos relatos orais, os quais foram interpretados e analisados, considerando as nuances ocasionadas

pela aquisição de novos conceitos, valores, julgamentos e mesmo linguagem, adquiridos ao longo dos anos por estas mulheres que utilizaram pílulas. Os esquecimentos e silêncios, conforme sinalizado por Pollak (1989), também foram utilizados como recursos de interpretação, compreensão e análise, considerando fatores ligados a passagem do tempo, ao processo normal do envelhecer, o registro de memórias significativas para as mulheres, bem como a existência de memórias bloqueadas, principalmente por se tratar de narrativas que envolvem a vida privada dessas mulheres ⁴⁹.

A análise foi estruturada em três grandes enunciados. O primeiro discute as trajetórias afetivo-sexuais das mulheres nos anos de 1960, mostrando os comportamentos, as normas e as regras presentes nas famílias tradicionais brasileiras, e os movimentos de mudanças que se insinuavam com o avanço da modernização. O segundo apresenta as transformações referentes às normas do matrimônio e da maternidade em função do desejo das mulheres em realizar a gestão de sua fecundidade. O terceiro capítulo trata especificamente da chegada da pílula no cotidiano das mulheres brasileiras, mostrando como essa tecnologia médica passou a fazer parte do dia a dia das mulheres.

No capítulo 4, “Resultados”, trechos de relatos das mulheres são apresentados utilizando-se nomes fictícios, o intervalo de idade que tinham durante entre o ano de 1960 e 1969, e a classe social pertencente. Para classe social utilizamos como referência a auto declaração das mulheres, considerando: CA- classe alta; CM- classe média e CP- classe popular. O perfil das entrevistadas está esquematizado no apêndice A.

3.5. Aspectos Éticos

Esta pesquisa está inserida no projeto mais amplo: “Histórias de prescrição de pílulas anticoncepcionais no Brasil entre 1960 e 1980: a construção de uma prática medicalizada”, que foi submetido à apreciação do CEP do IFF/FIOCRUZ e obteve aprovação em setembro de 2015,

sob o CAAE: 48939115.0.0000.5269. Este estudo também foi apreciado e aprovado pelo CEP do IFF/FIOCRUZ em abril de 2016 sob o CAAE: 55290116.8.0000.5269

A participação dos sujeitos foi voluntária e consentida após a assinatura TCLE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466 de 13/06/2012. O referido termo garante o anonimato dos participantes, a liberdade de recusa ou exclusão em qualquer fase da pesquisa e o acesso aos dados da pesquisa, que serão utilizados tão somente para fins científicos. As participantes foram informadas que as gravações das entrevistas serão acessadas pelo grupo de pesquisadores, permanecendo sob a guarda dos coordenadores por 5 anos. Após esse período, as mesmas serão destruídas. Esta pesquisa não acarretou riscos à saúde física, moral ou mental de seus colaboradores.

4. RESULTADOS

Este capítulo está organizado em quatro partes. Na primeira parte, apresentamos um perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres entrevistadas. As demais partes estão organizadas a partir de três grandes enunciados⁵⁰: “Trajetórias afetivo- sexuais das mulheres nos anos de 1960: permanências e mudanças”; “Maternidade e fecundidade nas dobras da história: vida reprodutiva e gestão da fecundidade sob novas referências” e “A pílula anticoncepcional no cotidiano feminino”. No primeiro, discutimos como importantes mudanças na esfera político, econômico, social e cultural repercutiram nas trajetórias afetivo sexuais das mulheres. No segundo, enfocamos como a intensificação dos processos de medicalização trouxeram modificações à norma da maternidade, à organização da vida reprodutiva e à gestão da fecundidade das mulheres e, no terceiro, aprofundamos as discussões sobre o uso da pílula, refletindo sua introdução, difusão e as novas associações das mulheres com o mundo médico e da farmácia.

4.1. Perfil sociodemográfico e reprodutivo das participantes da pesquisa

Essas mulheres compreendem uma faixa etária entre 61 à 84 anos, dez são moradoras do município do Rio de Janeiro e quatro de outros municípios da Região Metropolitana. No ano de 1960, tinham uma média de 15 anos e, em 1969, 25 anos. Essas adolescentes e adultas jovens tiveram seu primeiro contato com as pílulas anticoncepcionais entre os anos de 1963 e 1969. A idade em que iniciaram o uso das pílulas anticoncepcionais variou de 15 à 32 anos e a média do tempo de uso foi de 11 anos.

O grupo, bem diversificado, incluiu mulheres brancas, negras e pardas, que nos anos de 1960 eram católicas, cristãs, metodista, testemunha de Jeová ou sem religião. O pertencimento social das mulheres foi auto declarado durante as narrativas. Elas se classificaram em classe alta, classe média e com “poucos recursos”. Utilizaremos esta mesma nomenclatura na

apresentação dos trechos das narrativas, apenas utilizando o termo “camadas populares” para as últimas.

Entre as entrevistadas, as de classe média e alta eram casadas, com formação universitária ou estudantes e exerciam atividades remuneradas. As mulheres de camadas populares eram casadas, concluíram o primeiro grau e se dedicavam às atividades do lar. As solteiras eram estudantes ou trabalhadoras. Dentre as atividades exercidas, encontramos artista plástica, professora, recenseadora, vendedora e doméstica. Em relação ao local de moradia na época, uma mulher residia em São Paulo, outra em Goiânia, e as demais no Estado do Rio de Janeiro.

De um modo geral, as mulheres tiveram sua primeira relação sexual, com penetração, após o casamento e o anticoncepcional foi utilizado no contexto do matrimônio. Durante suas trajetórias reprodutivas engravidaram em média quatro vezes, pariram aproximadamente três filhos e metade delas tiveram experiências com abortos, seja espontâneo ou voluntário. Nos anos de 1960, uma mulher teve interrupção da gravidez por ser uma gestação ectópica, duas tiveram abortos espontâneos e uma recorreu a interrupção voluntária da gravidez como forma de gestão da fecundidade.

A maioria das mulheres utilizou pílulas anticoncepcionais a partir de prescrição médica, através da assistência privada ou por atendimento em instituição não governamental de planejamento familiar. As prescrições informais de pílulas também foram um meio de obtenção do medicamento, seja através de amigas ou farmacêutico.

4.2 Trajetórias afetivo- sexuais das mulheres nos anos de 1960: permanências e mudanças

Neste capítulo apresentamos como jovens mulheres brasileiras vivenciaram sua sexualidade, em um período marcado por muitas mudanças no campo sócio-político e econômico, as quais instituíram novas normas sociais, mas que também presenciou resistências culturais e morais, que defendiam as normas do matrimônio, a valorização da virgindade e o

sexo para procriação. Em “Um breve olhar sobre a década de 1960” - retratamos os principais acontecimentos na esfera social, política e econômica que promoveram mudanças nos cotidianos femininos; em “A sexualidade na década de 1960 e suas permanências” – descortinamos como eram as relações entre pais e filhos nos aspectos referentes à sexualidade e em “Vivenciando novas referências” - discutimos mudanças e permanências no comportamento das jovens.

4.2.1. Um breve olhar sobre a década de 1960

A sociedade brasileira viveu importantes mudanças nos planos sociocultural, político e econômico durante a década de 1960, com efeitos sobre as estruturas afetivas e familiares, o mundo do trabalho e da educação e os papéis e a participação das mulheres na sociedade. Se em décadas anteriores, ser mãe, esposa dedicada e cuidadora do lar era o parâmetro para as mulheres, sobretudo as de classes média/alta, nos anos de 1960 o perfil de mulher “moderna” - que estuda, exerce atividades remuneradas e se integra nos circuitos do consumo global -, começava a se delinear. Concorreram para as mudanças, reformas normativo-jurídicas destacando-se, nos anos de 1960, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (1961) e o Estatuto da Mulher Casada (1962), os quais corroboraram respectivamente para o aumento das possibilidades educacionais para as mulheres e o reconhecimento da capacidade civil da mulher casada⁵⁵. A partir desses anos, escolas públicas e particulares começaram a se tornar mistas, permitindo que meninos e meninas tivessem trajetórias similares no aprendizado e pudessem concorrer igualmente as vagas universitárias. Arend (2002) diz que “já na década de 1960, as mulheres brasileiras dos setores médio levantaram a bandeira em prol do seu ingresso no mercado de trabalho qualificado” ^{56:77}, reivindicando acesso às universidades, procurando entrar em carreiras profissionais até então ditas masculinas.

Nessa década, as reivindicações por direitos civis e movimentos contraculturais marcaram as transformações nos comportamentos de todo o Ocidente. Schumacher (2003) e Pinto (2010) citam, nos Estados Unidos, a luta dos negros americanos contra a segregação racial e os movimentos políticos contrários à guerra do Vietnã. Na Califórnia, particularmente, o surgimento do movimento hippie propunha uma nova forma de vida, contrariando os valores morais e de consumo norte-americanos, propagando seu famoso lema: “paz e amor”. Na Europa, aconteceu o “Maio de 68”, em Paris, onde os estudantes puderam mostrar sua indignação contra a ordem acadêmica. Em meio a estes acontecimentos, ressurgia o movimento feminista trazendo a tônica das relações de poder entre homens e mulheres^{57,58}.

Conforme sinaliza Pinto (2010), durante os anos de 1960, o feminismo ressurge na Europa e nos Estados Unidos como um movimento libertário que busca espaço para as mulheres no trabalho, na vida pública, na educação, assim como luta “por uma nova forma de relacionamento entre homens e mulheres, em que esta última tenha liberdade e autonomia para decidir sobre sua vida e seu corpo”^{58:16}.

No Brasil, as ideias libertárias em relação à dominação dos homens sobre as mulheres ficaram em segundo plano na agenda política, em um contexto onde se impunha a necessidade de resistir à ditadura militar, instalada em 1964. Segundo Sarti (2004), as feministas brasileiras tiveram que unir forças com os partidos de esquerda e com a igreja católica, todos contra a opressão do governo. As feministas realizavam dupla militância: político-partidária e identitária. No entanto, prevaleciam os interesses relativos à utopia da transformação da sociedade e assuntos como sexualidade, aborto e planejamento familiar ficavam em segundo plano, nas conversas privadas, sem ressonância pública⁵⁹. Somente na década de 1970, aconteceram as primeiras manifestações feministas no Brasil⁵⁸.

As preocupações políticas e econômicas norte americanas com a possibilidade do avanço comunista colocaram em pauta a necessidade de se controlar os nascimentos nos países latinos

subdesenvolvidos^{4,5}. As discussões sobre a “bomba política” e a “bomba demográfica” foram interceptadas e turbinadas com o advento da comercialização das pílulas anticoncepcionais, especialmente em países como o Brasil.

O início da comercialização das pílulas anticoncepcionais, em 1960, nos Estados Unidos², foi outro evento que marcou a década, sendo discutido entre entusiasmos e assombros que repercutiram no mundo inteiro, tanto simbolicamente, como politicamente. Essa tecnologia médica rapidamente se difundiu no Brasil e no mundo^{4,5}. Para Pedro (2002; 2003) esse artefato médico permitiu separar de forma eficiente a sexualidade da reprodução, agregando novos sentidos e dimensões ao seu uso^{4,5}.

Na Europa e nos Estados Unidos, as pílulas fomentaram as discussões sobre autonomia, direitos sexuais e reprodutivos e descriminalização do aborto, lutas visibilizadas pelos movimentos de mulheres. No Brasil, outros temas ganhavam destaque no contexto sócio, político e econômico, e as pílulas anticoncepcionais foram tratadas como uma solução para o crescimento desenfreado da população e a redução da pobreza^{4,5}.

Nesta pesquisa, a partir das histórias contadas pelas participantes, teremos a oportunidade de conhecer, compreender e analisar os significados da chegada da pílula no cotidiano das mulheres que viviam em meios urbanos, no Brasil, descortinando as influências das transformações sociais sobre o uso deste dispositivo e suas repercussões no âmbito da vida privada. Em meio a um emaranhado de permanências e mudanças abordaremos como as pílulas participaram da construção de novas normas referentes ao cuidado de si e da gestão da fecundidade.

4.2.2. A sexualidade na década de 1960 e suas permanências

As histórias contadas nesta pesquisa nos permitiram viajar no tempo e vislumbrar relações entre pais e filhos, hábitos, costumes e comportamentos, assim ter pistas sobre normas e regras que regiam a sexualidade das jovens nos anos de 1960.

Nesse período, as mulheres entrevistadas estavam desfrutando da adolescência e do início da vida adulta. Estas jovens, independente de suas classes sociais, foram criadas no seio de famílias que valorizavam a virgindade e o matrimônio, assim como perpetuavam a prática do silêncio frente a assuntos relacionados à sexualidade e atividade sexual.

“Eu era uma pessoa que não tive muita explicação da minha mãe, da minha família. Eu sou a filha mais velha de 10 irmãos, e aí minha mãe não tinha tempo, minha mãe só tinha tempo de botar filho pra fora. Quando eu fiquei menstruada, contei para minha avó. Minha vó disse: ‘Senta aqui vamos conversar.’ Parecia que era mais aberta do que a minha mãe. Naquela época, não tinha modess^{XII}. Ter, tinha, mais não era comum, tinha que usar paninho. Minha vó explicou tudo direitinho. ‘Agora você tá mocinha, não pode mais ficar brincando com menino, não pode mais tomar banho de poço com seus primos.’” (Jurema, 14-23, CP).

Em geral, as famílias citadas nesta pesquisa eram numerosas, com mais de cinco filhos. As mães cuidavam da prole e zelavam pela organização do lar e, talvez por isso, muitas disseram que não havia tempo para maiores conversas entre mães e filhas. As sucessivas gravidezes e partos da mãe de Jurema a aproximou do convívio da avó, com quem compartilhou informações sobre as modificações de seu corpo e a chegada da primeira menstruação.

Informações sobre menstruação, de um modo geral, não eram antecipadas às meninas da época. Para os pais, a chegada da menstruação marcava o fim da vida de criança da filha e o início da preocupação em separar – de lugares, das atividades, dos comportamentos- meninas e meninos.

“Era uma família grande, mas os irmãos não se falavam e os pais não falavam com os filhos, não existia isso... ninguém, nem uma tia que chegasse que falasse[...]Eu sabia que ia menstruar, eu acho que com todos esses silêncios e com o meu perfil de pessoa, eu me preparava pro susto e me armava, então eu enfrentava, eu sabia que ia acontecer e enfrentava, mas eu recebia muito pouca informação. Então eu ia vivendo a coisa e aprendendo, vivendo e aprendendo, era comigo mesmo. A minha mãe ficava muito tímida pra falar, ela dizia o mínimo. [...] Eu me lembro que quando eu perguntei a ela o que era menstruação ela deu uma explicação que eu não me lembro, que eu não entendi nada e que ficou por isso mesmo e eu não compreendi que o absorvente era para aquilo. Enfim, eu me lembro que eu paguei um mico uma

^{XII} Modess era uma marca comum de absorventes higiênicos descartáveis.

vez, porque eu achava que era o bandaid que servia para... [utilizar no período menstrual] [...] Muito silenciada. Era uma família atípica, digamos, do século XIX” (Adélia, 11-20, CA).

“Minha mãe era italiana, meu pai pernambucano, imagina... [falavam sobre sexo e sexualidade] Nããoooo!!! ...Eu fiquei menstruada novinha, eu tinha dez anos, estava na casa da minha vó, pensei até que tivesse me cortado. Minha vó pegou, foi lá, naquela época era usado aquele negócio de toalhinha, paninho, pegou lá, dobrou alguma coisa, mandou eu colocar e não explicou nada. Eu vim saber depois que casei” (Jandira, 14-23, CP).

Nos trechos de fala de Adélia e Jandira percebemos que o silêncio entre mães e filhas era uma constante. A falta de intimidade entre as mulheres da família impossibilitava que o assunto menstruação pudesse ser discutido abertamente. Provavelmente, as gerações que antecederam as mães citadas em nossa pesquisa não compartilharam informações acerca de sexo e sexualidade com suas descendentes. Os processos femininos não passavam por explicações.

“Eu sou a mais velha da casa [teve 6 irmãos], minha irmã é muito mais nova, minha mãe não fala dessas coisas, não falava...essa discussão de sexualidade não era uma conversa que mãe e filha tinha no nordeste, naquela época não. Eu não sei de nenhuma amiga minha que tivesse tido essa conversa com nenhuma das suas mães, mesmo nas mulheres mais politizadas, que eram mulheres de esquerda, essa questão da sexualidade era silenciada. [...] Coisa nebulosa e escondida que eram as questões relativas a sexualidade” (Lídia, 17-26, CM)

Os silêncios sobre assuntos relativos à sexualidade feminina podem também ser compreendidos a partir do contexto da história da virgindade. Segundo Knibiehler (2016), no final do século XIX, na França, acreditava-se que seria mais fácil para uma moça manter-se virgem se ela não soubesse como deixar de sê-lo. A falta de conhecimento sobre os aspectos sexuais deixaria as moças mais ingênuas e, assim, seriam mais facilmente presas à supremacia masculina. O homem teria o completo domínio sobre o corpo da mulher. Caberia a ele “deflorar” e iniciar a mulher nos aspectos relativos ao sexo. O homem era o único “senhor” da relação, cabia a ele decidir limitar ou não o número de filhos ⁶⁰.

No contexto francês, o progresso do Malthusianismo- que pregava a abstinência sexual em favor da redução do número de nascimentos- reforçou o apelo à manutenção do sigilo frente à sexualidade feminina. As mães não deveriam instruir suas filhas sobre menstruação, relação

sexual, parto, enfim, sobre o próprio corpo. As meninas não deveriam cuidar dos irmãos menores, ou seja, não deviam conhecer o seu corpo. O processo de urbanização também acabou por afastar as crianças do campo onde, em épocas de silêncio, elas podiam observar a vida animal que muito lhes ensinava sobre o sexo e a parturição. Quando a virgindade impera como valor, como coloca Knibiehler (2016), “a verdadeira moça deve ser não apenas virgem de corpo, mas também de mente e coração- nada deve saber, suspeitar ou desejar”^{60:167}.

No Brasil, segundo as mulheres desta pesquisa, o diálogo familiar sobre sexo, sexualidade, relacionamentos e contracepção eram praticamente inexistentes:

“Em casa não tinha essa abertura pra conversar nada a respeito de sexo, eu me casei crua... minha mãe, nem meu pai não iam falar disso... tinha um irmão fera também. Nós sentávamos na mesa da sala, e bordando enxoval, tinha que fazer o enxoval e mamãe focando tudo, quando ela via que a coisa podia esquentar, ela começava a tossir. Não falava nada não. Ela só preparou assim: ‘Ah, você tem que aprender a fazer uma panela de arroz!’” (Jandira, 14-23, CP).

“Eu não sabia, não sabia nem por onde ia sair o meu filho, [Rindo] que dirá o resto. Não me falaram nada. Meus pais sabe, ainda falavam comigo assim: ‘Olha, não deixa menino encostar em você, que você vai ficar grávida. Não deixa ninguém!’” (Jéssica, 13-22, CP).

O tema relação sexual era algo incomum entre mães e filhas. As moças apenas recebiam a orientação de não permitirem “liberdades” e “aproximações” com os rapazes. No caso de Jéssica, ela nem sabia como se engravidava, mas era alertada que ficar próxima aos meninos era um risco para essa ocorrência. A família em geral era a “guardiã” da virgindade das moças; irmãos, primos, pai e mãe tinham a função de vigiar os relacionamentos e os comportamentos das jovens.

“... a moça não podia sair sozinha com o namorado, tinha que ir com alguém junto... Não era uma vida livre como é hoje em dia, que você saía para transar e voltava para casa, isso não existia, não existia, se existia era escondido, então era muito menos... num índice muito menor, existia aquele respeito a família, a tradição, ao casamento. Existia. No meu tempo tinha que casar, senão você ficava mal falada, mal vista.” (Laura, 21-30, CM)

“...tinha pai ou mãe que se visse uma filha, uma menina que saísse sozinha ou começasse a namorar, ia namorar de manhã, de tarde... aquela menina já não servia pra amizade dos filhos” (Solange, 11-20, CM).

A instituição do matrimônio era algo muito valorizado pelas famílias brasileiras⁶¹. Os pais se preocupavam em manter a “honra” das filhas, ou seja, valorizavam a virgindade como um atributo que garantia respeito e dignidade à matriz familiar. A sociabilidade de nossas participantes foi controlada e vigiada por suas famílias. Os namoros aconteciam sob o olhar vigilante das mães, na sala ou com hora marcada de retorno para os passeios. As amizades aconteciam entre meninas cujas famílias se conheciam e qualquer comportamento considerado fora dos bons costumes, conforme sinalizado por Solange, era motivo para ruptura dos laços de amizade.

Estas atitudes compartilhadas pelas famílias brasileiras tem origem a partir dos processos de sociabilidade deflagrados em décadas anteriores. Del Priore (2006), Scott (2012) e Pinsky (2014) contextualizam que as transformações sociais ocasionadas pelos processos de urbanização e industrialização iniciados a partir dos anos de 1940, tornou os espaços públicos um ambiente favorável ao aumento do convívio entre os sexos, aproximando homens e mulheres. A partir dos novos deslocamentos, em função do trabalho, estudos e diversão fora do ambiente doméstico, outros espaços poderiam ser utilizados para estabelecer o afeto entre os casais. Para as autoras esse afeto era necessário para o sucesso da união conjugal. Os relacionamentos de conveniência passam a ser substituídos pelos relacionamentos por afeição. Desta forma, o namoro se constituiria em um período de tempo, no qual o casal teria a oportunidade de se conhecer, respeitando os padrões de moral e decência vigentes, os quais incluíam a manutenção da virgindade. A moça para conseguir um “bom partido”, ou seja, um homem sério e trabalhador, deveria manter um namoro “sério”, não apenas um passatempo, fato que poderia classificá-la como moça “fácil”^{55, 61, 62}.

Segundo nossas entrevistadas, nos anos de 1960 eram consideradas moças “fáceis” aquelas jovens que usavam minissaia, que iam à bailes, que dançavam na gafeira, que tinham vários namorados, que não se casavam virgens, que utilizavam pílulas anticoncepcionais antes do casamento. Esses comportamentos eram considerados inadequados para uma moça “de família”, cujo matrimônio era uma prioridade.

O estigma da mulher “fácil” era uma forma de desvalorizar a mulher que vivia sua sexualidade fora do contexto da conjugalidade. Del Priore (2006) analisa que a democratização das relações afetivas influenciadas pelo cinema, revistas e novelas, permitiram que bilhetes apaixonados fossem substituídos por beijos e carícias entre os casais. No entanto, os homens continuavam presos aos conceitos tradicionais, nos quais a moça “fácil” levava ao desencantamento, enquanto as dificuldades pela espera e as recusas em nome da “pureza” da mulher, os atraía. As mulheres que permitissem liberdades eram dispensadas e esquecidas, enquanto as que evitavam ficar a sós no escuro, saindo na companhia de um “segurador de vela”, tinham mais chances de evoluir para o casamento ⁶¹.

Jandira casou-se com o primeiro namorado e a prática sexual foi descoberta apenas após o casamento. As moças casavam geralmente sem saber o que ia acontecer na noite de núpcias. A preocupação das mães estava centrada em preparar as filhas para ser uma boa dona de casa. Costurar, bordar e cozinhar foram experiências citadas pelas moças que viveram a juventude nos anos de 1960.

“Existia uma grande preocupação em relação a manter a virgindade de todas as meninas. Todas as mães tinham muita preocupação das filhas namorarem por conta da virgindade, todas! Era uma preocupação muito clara, explicitada [...] O vínculo com a virgindade era muito forte. [...] o grupo [de meninas] tinha como meta o casamento, o forte era começar a fazer o enxoval, nessa época adolescente, encontrar o príncipe encantado e casar” (Branca, 13- 22, CM).

O relato de Branca nos mostra como a instituição do casamento era central na vida das jovens, na década de 1960. As moças eram preparadas para encontrar um marido com quem

fossem casar e constituir uma família. A virgindade funcionava como uma espécie de “selo de garantia” das moças de boa família. Os relatos nos dão pistas de que a virgindade, aos olhos de pais e mães, era uma forma de valorizar as filhas. Mulheres virgens teriam chances de conseguir um casamento promissor com um homem “sério” e de bens.

A manutenção da virgindade das moças e o silêncio frente às questões referentes ao corpo e à sexualidade foram normas instituídas desde as gerações anteriores e reproduzidas pelas mães das mulheres deste estudo. Analisando gerações dos anos 1940 e 1950, Pinsky (2014) contextualiza que o silêncio e a desinformação aparentes sobre questões relativas à sexualidade eram opções dominantes, a fim de se manter a pureza das meninas e não despertar o interesse prematuro pela atividade sexual. Os pais, moralistas e/ou mal informados, não trocavam informações com suas filhas; os meios de comunicação e as escolas não propiciavam o acesso às informações sobre sexo, e nem mesmo visavam tratar a questão de forma mais aberta. Nos anos de 1960, a educação sexual passa a ser defendida por médicos, educadores, jornalistas e certos religiosos sempre marcada por bases morais, tendo como objetivos a preparação para o casamento e para a maternidade ⁶².

Entre as histórias contadas por mulheres que vivenciaram sua primeira relação sexual nos anos 1960, não se destacaram mães que abordassem assuntos íntimos com suas filhas. O silêncio sobre a sexualidade estava naturalizado entre as famílias. Talvez fosse difícil para estas mães propagar informações que jamais tiveram; ou ainda, ter que enfrentar a vergonha, a timidez ou a própria ordem social para compartilhar experiências vividas que podem não ter sido exitosas. Melhor seria deixar a vida lhes ensinar, como um dia também as ensinou.

As mães que falavam sobre menstruação e relações sexuais eram consideradas “modernas”, mesmo que, contraditoriamente, essas informações não fossem para orientar, esclarecer e preparar a filha para seus relacionamentos, mas para reforçar os impedimentos quanto à prática do sexo:

“Ela era muito aberta [mãe], sempre foi muito aberta. Avisou que não era para estar namorando ainda um namoro mais avançado, primeiro tinha que casar... Aquelas coisas, né? Mas graças à Deus, eu namorei um rapaz que é meu marido até hoje, primeiro e último. Primeiro e único marido. E ele só pegava na minha mão.” (Solange, 11 -20, CM)

“Isso ela explicava [sobre relação sexual]. Desde antes d’eu me formar, né? Com 12 anos eu tive a primeira menstruação, ela já tinha explicado tudo pra mim, só que não fizesse. Que era pecado, que Nossa Senhora virava as costas pra mim. Aquelas conversas de muito católica. [...] Antigamente era “se perder “[...] Matava ela de desgosto se eu não casasse virgem. [...] Que eu ia entrar na igreja o véu ia cair na frente do altar” (Dora, 20-29, CP).

O relato de Dora nos mostra que as convicções religiosas, principalmente, aquelas de inscrição cristã são um importante transfundo cultural constituinte nos anos de 1960. Em nossa pesquisa, nove mulheres relataram que foram criadas pelos pais seguindo os princípios do catolicismo. No caso de Dora, sua mãe era católica e utilizava os dogmas da igreja para amedrontar a filha quanto à permanência da virgindade. O discurso que as mães católicas utilizavam era que “se perder” (não ser mais virgem) era motivo de decepção não somente para família, mas sobretudo para Deus. As moças católicas sabiam que assuntos sobre sexualidade era algo que não devia ser comentado.

“Eu era muito católica, muito imbuída daquilo [dogmas da igreja] e eu achava que aquilo [conversar sobre sexo, sexualidade com as amiga] era pecado, que não podia, eram os proibidos! E eu embarcava nessa do proibido e não entrava nas patotinhas, nas conversinhas, eu ficava longe daquilo” (Adélia, 11-20, CA).

As normas referentes à sexualidade feminina se enquadravam no marco de origem judaico-cristã, o qual preconizava normas conservadoras, valorizando a virgindade, a sexualidade conjugal e o sexo para a procriação. Qualquer modificação às regras relativas à sexualidade deveria passar pelas decisões das instituições religiosas. O padrão de moralidade a ser seguido era influenciado por essas normas. Conforme explica Souza Junior (2006), no âmbito da Igreja Católica, a sexualidade deveria ser exercida dentro do matrimônio, devendo o casal colaborar com o “chamado de Deus” na geração e educação da vida. Dessa forma, o ato

sexual foi elevado ao domínio do sagrado, devendo a igreja ser a instituição responsável em vigiar e controlar a moral da sexualidade ⁹.

As mulheres evangélicas relataram que estas religiões também pregavam a sexualidade conjugal. Luana recorda que na igreja metodista tinham aulas bíblicas, de acordo com a idade das crianças, onde se falava do “certo” e do “errado”:

“Metodista. Nós éramos metodistas. Não se podia fazer sexo antes do casamento, não podia mesmo. Eu frequentei a igreja regularmente, todos os domingos, até uns doze anos. Quando eu namorava meu primeiro marido, eu já não estava frequentando mais, porque o culto da igreja era a manhã toda de domingo. Aí eu comecei a preferir ir para a praia, não que eu não gostasse, eu gostava muito de ir à igreja, quando eu era pequena. A metodista tinha aulas adequadas para cada idade” (Luana, 6-15 anos, CM).

Ter e praticar uma religião nos pareceu algo muito forte nos anos de 1960. Independente do pertencimento social, as famílias exigiam que suas filhas seguissem uma religião, ou seja, “as moças” de “boa família” estavam ligadas a uma doutrina religiosa. Apenas duas mulheres disseram não ter religião nos anos de 1960: Branca e Lídia. Ambas com motivações políticas.

Branca era filha de imigrantes espanhóis. Seu pai havia participado de movimentos políticos na Espanha e não compactuava com doutrinas religiosas, por isso jamais exigiu que sua filha seguisse um caminho religioso. Conforme lembra Branca, o catolicismo entrou em sua vida em décadas posteriores por influência de seu marido.

Lídia era filha de pais católicos, porém, não compactuava com os dogmas religiosos. Ela gostava de “fazer política”. Portanto, convenceu seus pais que não seguiria a religião e sim a política, em troca não se envolveria em relacionamentos amorosos. Dessa maneira, embora Lídia não tivesse uma religião, a manutenção da virgindade continuava sendo um compromisso com a família.

Os silêncios frente à sexualidade das jovens, nos anos de 1960, eram recorrentes não somente nos lares, mas também no ambiente escolar. Todas as mulheres desta pesquisa tiveram acesso à rede de ensino. As mulheres de camadas populares estudaram até a 4ª série do primário

(atual 5º ano do ensino fundamental), visto ser esta a disponibilidade do ensino público na época, principalmente em regiões afastadas do centro da cidade. As de classe média e média/alta foram “normalistas”^{XIII}, estudaram em escolas privadas e católicas e ingressaram no ensino superior. A educação sexual não fazia parte do conteúdo do ensino, seja na rede pública ou nas escolas privadas. Segundo as mulheres, as escolas ministravam conteúdos sobre o corpo humano, tendo como foco os aspectos da anatomia, porém não tinham pretensões de informar ou orientar os alunos sobre sexualidade:

“De corpo humano falava. Ciências. Só!” (Solange, 11-20, CM).

“As primeiras informações eram nos livrinhos do colégio de freira... uns livrinhos bem pouco informativos e muito alegóricos. Eles mais despertavam curiosidade do que respondiam perguntas...Era uma foto de um casal deitado na cama coberto com um lençol” (Adélia, 11-20 CA).

“Eu estudava em uma escola pública. Eu tive uma aula de “Educação sexual” muito bacana. Nós fomos à um Instituto, a turma toda, os meninos e as meninas, era uma escola pública, eu lembro, que me impressionou que até hoje eu me lembro, tinham vários potes com fetos. Não era na minha escola, fomos a outro Instituto para ter essa aula de “Sexualidade”. Tivemos a aula, eles mostravam desenho como era o útero, a vagina, o pênis e a gente ficava toda envergonhada...e eram os meninos e as meninas, e a gente ficava muito encabulada de ver um pênis na frente dos meninos. Mas foi muito boa a aula” (Luana, 6-15, CM).

No imaginário de Luana, o simples fato de meninos e meninas poderem compartilhar uma aula cuja temática envolvia conhecer os órgãos sexuais masculinos e femininos já lhe remetia a uma “educação sexual”. Em seu relato percebemos que foi algo bem inusitado conhecer o corpo dos meninos, ao lado dos mesmos. Em comparação aos relatos de outras entrevistadas, o colégio de Luana, uma instituição pública, foi o que teve uma atitude mais “ousada” ao apresentar a anatomia humana a seus alunos.

As mulheres que estudaram em colégio de freiras, como Adélia, contaram que o tema sexualidade era algo totalmente inexistente nas salas de aula. A descrição que Adélia faz sobre

^{XIII} Para normalistas as mulheres se referem à formação de professoras no nível médio de ensino.

a imagem de um casal deitado na cama coberto por um lençol deixa explícito que não era intenção das escolas dialogar sobre sexo, relacionamentos ou sexualidade, pelo contrário, o “lençol” cobria os corpos, assim como “cobria” (escondia) a necessidade de diálogo sobre a figura.

Conforme afirma Pinsky (2014), os colégios católicos não compartilhavam a ideia de um programa de educação sexual. A instrução juvenil sobre questões sexuais era baseada em advertências quanto à associação sexo/ pecado. Os adolescentes aprendiam que a expressão da sexualidade podia ser suja e vergonhosa e que as relações sexuais só deveriam ocorrer dentro do matrimônio e com fins de reprodução ⁶².

Essas concepções formuladas e reproduzidas por instituições como a família, as igrejas e as escolas ajudavam a construir grandiosos muros em torno da temática sexualidade, estabelecendo preconceitos e firmando privações. Como bem define Leal (2005), a sexualidade “é um domínio da vida social em que o indivíduo é levado a agir de acordo com um conjunto de disposições previamente estabelecidos e fundado nas representações sociais” ^{63:62}.

Apesar dos silêncios e interditos nas famílias e nas escolas, as meninas nos anos de 1960 buscavam informações em livros especializados que já circulavam na época ou em revistas, conforme comentam Dira, Branca e Jandira:

“Minha mãe era do tempo que não se falava...eu me casei sem ter nenhuma explicação. Se eu não tivesse uma amiga ou outra para ler o livro, tinha um livro chamado *A Nossa vida sexual*, era um compêndio... tinha uma vizinha que tinha, foi nesse livro que a gente pesquisava, as meninas de 12, 13 anos, pra ver como era a função fisiológica da coisa, porque nesses tempo mãe não conversava com filho essas coisas. [...]sobre menstruação ela falou, mas o relacionamento sexual, como a gente podia ser, fazer as coisas, o quê que acontece, isso tudo era um tabu” (Dira, 29-38, CM).

“Eu sempre li, porque meu pai não foi médico, mas na minha casa, o assunto de medicina sempre foi um assunto do dia a dia, sempre se leu alguma coisa sobre medicina, eu lembro que tinha um livro que falava, de forma muito técnica, sobre sexualidade, mas eu acho que talvez eu tenha sido uma das poucas adolescente da época, que lhe foi dado pra ler. Sexualidade, métodos anticoncepcionais, falava sobre isso. Mas não tinha muita filosofia, era só de informação mesmo... funciona assim, assim, assim, mas não conduzia você a se utilizar de nada disso” (Branca, 13-22, CM).

“... apesar do meu marido ser quatro anos mais velho do que eu, ele tinha vivência [sexual], e eu não. Um das coisas que eu aprendi relacionado a sexo foi com ele mesmo. Quando eu comecei a minha vida sexual com meu marido, tinha um negócio de umas revistinhas [...] mostravam assim e tal[...] era tipo um gibi. Eu olhava aquilo a princípio achava terrível, mas depois a gente vai se adaptando porque você gostando da pessoa. Nós vivemos casados 53 anos!” (Jandira, 14-23, CP).

O livro *A Nossa Vida Sexual: Guia e conselheiro para todos com respostas a todas as questões* foi um clássico famoso e popular escrito pelo Dr. Fritz Kahn, em 1939, e editado no Brasil na década de 1940. Kahn foi um médico ginecologista e obstetra, nascido na Alemanha (1888-1968), conhecido no Brasil como médico representante de uma literatura voltada à educação sexual das famílias e dos indivíduos. As informações contidas em suas obras eram consideradas científicas e esclarecedoras. A partir de uma linguagem médico-moralista buscava através de seus livros direcionar a vida e a conduta sexual dos casais, divulgar conhecimentos gerais sobre a fisiologia humana, informar sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o controle da fertilidade por métodos naturais ⁶⁴.

Uma análise deste livro pode ser encontrada em Carvalho (2013):

“que homens não precisam ser excitados e que são aptos ao sexo por natureza; que as mulheres não devem se agarrar aos maridos como carrapatos e nem importuná-los com problemas domésticos; que o corpo feminino provoca excitação erótica intensa; que o corpo masculino desnudo não é estético; e que o planejamento familiar, através de técnicas naturais de contracepção, poupa as forças humanas, diminui os sofrimentos sociais, consolida a ordem, a economia, a paz e a supressão da decadência racial através do impedimento da perpetuação das raças consideradas inferiores” ^{64:06}.

As concepções de Fritz Kahn propagavam conteúdos eugenistas e higiênicos, carregados de teores moralistas e de hierarquia entre os sexos. Reforçam a ideia da mulher do lar, dócil, organizada e que não traz problemas domésticos ao marido másculo e provedor. Essa literatura parece ter funcionado como dispositivo biopolítico modelando discursos sobre sexualidade nas instituições sociais, assim como uma ferramenta de organização dos sujeitos ²⁷.

Para Dira, *A nossa vida sexual* foi um “compêndio” para o aprendizado de normas e regras de moralidade ainda usuais nos anos de 1960, cujas informações sobre sexo e sexualidade

estavam ligadas a informações sobre o corpo humano e conceitos moralistas em favor da virgindade, do matrimônio e do sexo para procriação. Possivelmente suas dúvidas sobre: “o relacionamento sexual, como a gente podia ser, fazer as coisas, o quê que acontece”, foram questões descobertas na intimidade do casal.

Em meados dos anos de 1950, multiplicaram-se as publicações sobre educação sexual que, conforme sinaliza Pinsky (2014), apresentavam uma linguagem pouco clara e carregada de preconceitos. Uma análise das principais revistas da época mostrou que a educação sexual para jovens no início dos anos de 1960 não incluía palavras como “sexo” e “prazer”. A satisfação pessoal não era mencionada. Artigos da revista *Jornal das Moças*, por exemplo, traziam como títulos: “preparação das noivas” e “Educando para o lar”. Temas como sexo e reprodução pareciam ser encarados com embaraço e termos como menstruação, relação sexual e fertilidade não constavam nos artigos. As mulheres são apresentadas como ignorantes na arte do matrimônio e da maternidade. Sua falta de informação ocasiona sustos e decepções, podendo resultar em um “casamento fracassado” e na incapacidade de cumprir a “missão materna”⁶².

Jandira casou-se virgem aos 15 anos com seu primeiro namorado. Conforme timidamente nos contou, seu marido foi quem lhe ensinou o que era uma relação sexual, inclusive usando um gibi para ilustrar a que se referia. Com o rosto rubro e um sorriso desconcertante, diz que não foi fácil para uma menina de 15 anos observar nas fotos dos gibis o que deveria fazer com o esposo, mas compreendeu que seu marido de alguma forma tentou acalmá-la e orientá-la quanto ao que seria a noite de núpcias. O diálogo pareceu ser algo constrangedor para os recém-casados, talvez pela falta de intimidade em função do namoro no sofá com supervisão atenta da mãe. Para o livreiro, marido de Jandira, os gibis foram uma alternativa mais próxima para o entendimento do prazer sexual, em contraposição às literaturas baseadas em anatomia e conselhos morais.

Del Priore (2006) comenta que enquanto as adolescentes eram incentivadas a ler obras da Biblioteca das Moças, da Editora Nacional, cujos textos revelavam mulheres do mais nobre caráter, baseado na moral católica, honradas, virtuosas e puras; os rapazes liam os quadrinhos eróticos de Carlos Zéfiro que mostravam os corpos das mulheres em posições escabrosas concebendo o amor e o sexo ⁶¹.

Os gibis de Carlos Zéfiro^{XIV} ilustravam histórias sobre sexo, “o ato sexual nos seus pormenores, sem atenuantes ou disfarces”, suas histórias desenvolviam enredos envolventes que “acompanhavam a progressão do desejo sentido pelos personagens” ^{65:3}. As figuras representavam o sexo materializado, os personagens exibiam seus genitais e a penetração era detalhada e representada em close. Os quadrinhos retratavam em ambientes comuns, todos os tipos de pessoas e relações – pessoas bonitas, feias, magras, gordas, casais heterossexuais, casais homossexuais, relação sexual entre homem-animal e mulher-animal, relações grupais, ricos, pobres, freiras, padres- ou seja qualquer um poderia se sentir um personagem de Zéfiro. Os diálogos descreviam a interação entre os parceiros, seus desejos, gozos, prazeres e satisfações com a prática da masturbação, do sexo oral, do sexo vaginal e do sexo anal, em variadas posições ⁶⁶.

Nas histórias de Zéfiro a mulher virgem geralmente preservava o hímen com a prática do sexo anal e os finais geralmente eram felizes com a celebração do casamento ⁶⁶. A tentativa de imprimir alguma “moralidade” nas histórias de condutas desviantes mostra os reflexos da cultura dominante cujos valores da virgindade e do matrimônio imperavam sobre a sociedade como um todo.

^{XIV} Na década de 1960 prosperava no Brasil o “catecismo”, um gênero de publicação clandestina também conhecido como “revistinhas de sacanagem”. Dentre inúmeros autores e ilustradores que popularizaram o gênero, um teve destaque devido a seus mais de 800 títulos publicados: Carlos Zéfiro, pseudônimo de Alcides Aguiar Caminha (1921-1992) (Cardoso, 2003 e 2014).

Embora o gênero “catecismo” trabalhasse o sexo e a sexualidade retratando o prazer, a educação sexual que se pronunciava no início dos anos de 1960 estava comprometida com a moral e os bons costumes (vida pública) e não com o prazer e a individualidade (vida privada). Este pressuposto é confirmado pelas publicações femininas que, de um modo em geral, até meados dos anos 1960, divulgavam matérias centradas na vida do matrimônio^{62, 67, 68}. Embora existissem diferentes tipos de orientações para vida sexual, o que imperava era a norma da sexualidade conjugal.

As rupturas com as normas dominantes eram geralmente camufladas pelas famílias, conforme sinaliza o depoimento de Lídia:

“... As moças em geral não faziam sexo antes de casar. Eu não conheço nenhuma das minhas amigas. Algumas depois casaram até grávida, mas era tudo escondido [...] Quando aparecia uma grávida era um escândalo que você não pode imaginar! Sumia da cidade, ninguém sabe pra onde ia, nem o que fazia com as meninas de classe média... ter uma relação, fora da relação do casamento, com o noivo que ia se casar, apressava o casamento, ou então sumia [...] (Lídia, 17-26, CM)

O relato de Lídia nos mostra como as famílias de classe média da Paraíba resolviam os desvios de conduta que fugiam à norma do matrimônio. A jovem que engravidasse durante o namoro deveria se casar com urgência para que os vizinhos, os amigos e parentes não descobrissem sua infração. O “sumiço” das jovens também era uma estratégia para esconder uma gravidez fora do contexto do casamento. A jovem viajava e, depois de um certo tempo, voltava para o convívio familiar casada e com o filho nascido “prematuramente”. A estratégia do “sumiço” também foi citada por outras participantes que disseram ter amigas que iam viajar, mas na verdade iam realizar aborto.

Entre as famílias de camadas populares e negras, o valor atribuído à norma do matrimônio estava relacionada à dignidade e honra da matriz familiar. Para manter a reputação ilibada da família era necessário concretizar a união conjugal das filhas. Os pais não mediam esforços para que isso ocorresse, mesmo que tivessem que submetê-las a medidas autoritárias e

desoladoras. Foi o caso de Jéssica e Dora. Jéssica era uma moça “de família”, criada na igreja. Namorou, noivou, bordou o enxoval, comprou a aliança, marcou a data do casamento e viu o seu sonho terminar diante à recusa da sogra em aceitar sua união. Embora Jéssica permanecesse virgem, a vergonha da família em não casar a filha noiva fez com que seus pais mudassem de bairro, de igreja e tratassem de “arranjar” um casamento para filha em 1967.

“Única mulher. Aí o meu pai ficava sempre naquela: Não faz isso, não faz aquilo, não vai no portão, não vai... Só da escola pra casa, de casa... Era assim. Então eu não me entrosava muito, não perguntava nada a ninguém, não saía com ninguém. Era só dentro de casa. Da escola para casa, de casa para a escola. Quando não era a minha mãe que ia me levar era o meu primo. Que tinha um primo dentro de casa para tomar conta de mim... Eu não botava o pé no portão. Aí o primeiro que apareceu eu me casei e me dei muito mal.”
(Jéssica, 13-22, CP)

Jéssica se tornou praticamente uma prisioneira dentro de sua própria casa. Ela perdeu o direito de ir e vir e a oportunidade de fazer vínculos de amizades e até mesmo de encontrar um novo amor, estava sempre acompanhada e vigiada por um familiar. Em nome da reputação da família, o pai de Jéssica achou-se no direito de intervir no futuro da filha, inclusive escolhendo seu futuro marido.

Durante os anos de 1960, as influências sociais que marcaram o início do século XX ainda pairavam sobre a população no Brasil. Segundo Pinsky (2012) os arranjos conjugais muitas vezes eram determinados pelos pais, baseados em interesses econômicos e de conveniência. Nas “famílias de bem”, o amor deveria ser domesticado, os relacionamentos adequados, as uniões duráveis e decentes. Os pobres, negros, mulatos, trabalhadores e imigrantes deveriam ter seu comportamento fiscalizado para que suas desordens amorosas não ocasionassem desordens sociais. Eram criticados e classificados como imorais, ilícitos e promíscuos, caso seus relacionamentos não levassem ao casamento ⁶⁷.

A história de Dora também foi marcada pela intervenção do pai em função da reputação ilibada da família. Aos 24 anos, pressionada pelo pai, casou-se virgem, com um rapaz sem estudo e trabalhador da construção civil. Seu casamento foi marcado por conflitos, discussões,

brigas, fato que a fez pensar no “*desquite*, por que era assim que se chamava”. Embora a família presenciasse a infelicidade da filha, seu pai jamais permitiu que a filha se desquitasse:

“E meu pai era daquele rígido, sabe? Que dizia assim: ‘Não! você não pode se separar do seu marido. Ruim com ele, pior sem ele.’ – Então eu passava aquele aperto todo, mas ali com ele, porque não tinha apoio do meu pai para separar. Não tinha grandes estudos para arrumar um emprego que pudesse sustentar meus filhos.” (Dora, 20-29, CP)

Scott (2012) sinaliza que o reconhecimento público da escolha equivocada do marido, a falência do matrimônio e a opção pela separação colocavam as mulheres sob o risco de serem taxadas pela moral da época. Este desvio de comportamento poderia gerar críticas, desqualificações e, até mesmo, marginalização social. Estas mulheres passariam a ser reconhecidas como aquelas que haviam falhado na importante tarefa de constituir e manter uma família. Inclusive seus descendentes sofreriam preconceitos em relação a serem filhos de uma “desquitada”⁵⁵.

O desquite era uma forma de separação da sociedade conjugal e da obrigação da vida conjunta, mas não significava o término do vínculo matrimonial. Ou seja, após o desquite a mulher não poderia ter outras ligações amorosas sob pena de adultério, podendo perder a guarda dos filhos e a pensão alimentícia. A legalização do divórcio somente ocorreu em 1977, antes deste, as desigualdades de gênero estavam marcadas pela reputação ilibada do homem, que inclusive poderia manter uma concubina, enquanto as mulheres desquitadas eram mal vistas⁶².

No início da década de 1960, conforme discute De Luca (2012), a defesa da manutenção do casamento e a estabilidade familiar eram aconselhamentos recorrentes às cartas das leitoras direcionadas à revista *Claudia*^{XV}. Esta revista era uma publicação direcionada às mulheres

^{XV} Lançada pela Editora Abril em 1961, a revista *Claudia* trazia publicações mensais recheadas de propagandas com alusão ao “ideal da vida moderna”. Em suas páginas, a pílula foi tratada como um medicamento direcionado as mulheres casadas, da classe média, que queriam ter filhos, mas gostariam de espaçar as gravidezes e controlar o número de nascimentos. No início dos anos de 1960, divulgavam informações acerca da ação do medicamento, nomes comerciais, recomendações médicas, modo de usar, preço e aceitação do produto no mercado. (Pinsky, 2014)

casadas e mães, ou seja, aquelas que cuidavam do lar. Apresentava dicas de culinária, beleza, casa, anunciava produtos e artigos voltados para o eixo doméstico. Seguindo as prerrogativas de utilidade pública, “recomendava recato e virgindade antes do casamento, fidelidade feminina, paciência e resignação diante o marido adúltero”^{68:456}. As páginas da moderna revista *Claudia* também serviam para alertar aquelas mulheres que estavam insatisfeitas com o casamento. Chamavam-nas à razão, lembrando-as que uma dissolução da sociedade conjugal, poderia afetar a vida de seus filhos. Este mesmo tipo de conselho era compartilhado por outras revistas de grande circulação, tais como o *Jornal das Moças* (1914-1965) e a revista *O Cruzeiro* (1928-1975), as quais também se dedicavam ao ensinamento da vida doméstica às mulheres⁶⁸.

A autora supracitada ressalta que em meados dos anos de 1960, a seção “Direito, mulher e lei”, de *Claudia*, recebia muitas cartas que apontavam a existência de uniões informais, de filhos ilegítimos, de preconceitos direcionados às desquitadas, de disputas entre a guarda dos filhos, das dificuldades no segundo casamento, enfim, novos e velhos valores mesclavam-se e eram sutilmente retratados, sob a pena da própria mulher não se reconhecer em seu questionamento⁶⁸.

De acordo com nossos achados, as trajetórias afetivo- sexuais das mulheres nos anos de 1960 estava marcada pela permanência de padrões normativos tradicionais das famílias urbanas de classes médias e populares, tais como: os silêncios em relação ao sexo e à sexualidade, a valorização da virgindade, o imperativo do matrimônio e a sua insolubilidade e a reputação das famílias relacionada ao comportamento das mulheres. Apesar da importante presença dessas regras, foi possível identificar sinais de mudanças no comportamento desta geração, mesmo que incipientes e contraditórios. A seguir conheceremos algumas dessas histórias.

4.2.3. Vivenciando “novas referências”

Embora os preceitos morais do matrimônio, da virgindade e do sexo para procriação ainda estivessem imperantes nos anos de 1960, essa foi uma década marcada por mudanças e inclusões de novas referências sociais. A urbanização, a industrialização e a maior difusão de meios de informação como cinema, televisão e revistas promoveram novos hábitos e costumes⁶⁹. Além disso, os ideais dos movimentos feministas e de contracultura^{XVI} despertavam nos jovens comportamentos que transgrediam a moral e a decência. Em meio a esse emaranhado de permanências e mudanças, destacamos posicionamentos e vivências que marcaram a trajetória afetivo-sexual de nossas participantes:

“Eu comecei a ter relação bastante cedo, eu comecei a namorar com 12 anos [1966] um rapaz [...] Ele era dois anos mais velho que eu. E a gente começou a ter relação já depois de três anos de namoro [...] A gente estava com a sexualidade à flor da pele, então a gente passou dois anos ainda, beija daqui, beija dali, esfrega daqui, esfrega dali, e chega uma hora que é meio ridículo você ficar se protegendo. Nós estávamos na época da liberação da mulher e tudo, era Woodstock, e a gente não queria usar sutiã. Eu não usava sutiã... Era época de The Beatles, The Rolling Stones, Rock in Roll e Pílula. Era uma coisa rebelde [...] Por exemplo, eu fumava bastante, comecei a fumar novinha, com 16 anos, 15 anos, e fumar era uma coisa também, que se você ia à festinha, as meninas entravam pra dentro do banheiro para fumar, mesmo se só tivesse jovem. As meninas quando eram novinhas, não podiam fumar na festa, como os meninos[...]e meu pai achava que quem fumava era prostituta.” (Luana, 6-15, CM)

O depoimento de Luana demonstra as tensões vividas pelas jovens que queriam vivenciar os prazeres sexuais, mas se viam presas às normas do matrimônio e virgindade. Apesar do desejo sexual iminente, Luana esperou três anos para praticar uma relação sexual com penetração vaginal com seu namorado. Em seu relato, Luana deixa explícita a existência de jogos sexuais com carícias e excitações, os quais limitavam a virgindade a uma mera

^{XVI} Segundo Guimarães (2012) o movimento de contracultura ocorrido nas décadas de 1950 e 1960 se caracterizavam por ações culturais praticadas e reivindicadas por jovens que fugiram da padronização da cultura social opressora do ocidente após a segunda guerra mundial.

permanência anatômica do hímen. Enquanto existisse hímen, existiria “virgindade”: um sinônimo de moralidade.

Cunha (2001) ao fazer uma análise das revistas destinadas ao público feminino, nos anos de 1960/1970, comenta que foi possível perceber “múltiplas facetas da mulher que ora reproduziam o modelo dominante, ora desvendavam uma outra mulher que começa a “ousar”, revelando desse modo, um momento em que se coloca a possibilidade de ruptura dos papéis femininos tradicionais”^{70:203}.

Nesta pesquisa, a ruptura dos papéis femininos tradicionais (principalmente mães, donas de casa e esposas) mostra a complexidade das escolhas em torno da vida sexual. Luana desafiou as normas imperantes mantendo relações sexuais com penetração com seu “primeiro e futuro esposo”. Sim, Luana se casou com aquele que a fez “mulher”, perpetuou a norma de ser “deflorada” por seu marido, mesmo que de modo “antecipado”. Manteve um único parceiro até subir ao altar, como as famílias almejavam. A “rebeldia” acabou seguindo os padrões da moralidade e a manutenção da norma do matrimônio.

Cavalcante e Morais (2003) ao estudar o sexo e a sexualidade na revista *Realidade*^{XVII}, nas décadas de 1960 e 1970, atribuem às contradições dos jovens de 1960 a falta de conhecimento sobre sexo e sexualidade, fato que levava homens e mulheres de diferentes níveis sociais a acreditarem que a virgindade era um pré-requisito da mulher para o casamento. Um artigo publicado em janeiro de 1973 trouxe a opinião de jovens, do Rio de Janeiro e de São Paulo, sobre temas como política, futuro, educação e sexualidade. A revista considerou que os jovens brasileiros, na época, exerciam uma rebeldia apenas de linguagem. Sob esta perspectiva, a rebeldia só chegava aos cabelos compridos e às roupas berrantes. Nessas décadas, apesar de

^{XVII} *Realidade* foi uma revista lançada pela Editora Abril em 1966. Nos anos de 1960 abordou temas polêmicos em matérias esmiuçadas, combinando clareza e objetividade em uma estrutura com foco narrativo. Circulou até janeiro de 1976 (Cavalcanti e Morais, 2003).

ter ocorrido um aumento no número de jovens que mantinham relações sexuais antes do matrimônio, ainda persistia entre os jovens a ideia de que a esposa ideal deveria se casar virgem⁷¹.

Outro comportamento referenciado por Luana como rebelde foi o ato de fumar. A jovem fumava escondido dos pais e dos meninos, suas transgressões de comportamento eram silenciadas pelos padrões de recato dos anos de 1960. Ela aderiu a novas referências de comportamento ainda abafadas pela força da moralidade. O valor agregado às mulheres que transgrediam às normas de comportamento era negativo, de inferioridade. Como o pai de Luana classificava: mulheres fumantes eram prostitutas! Possivelmente o medo de ser rotulada como prostituta mantivesse a ousadia de Luana em segredo.

A partir dos relatos, percebemos que ser comparada à uma prostituta significava ser completamente desvalorizada. Para elas, as prostitutas ocupavam a posição mais inferior na escala de valor da hierarquia social feminina brasileira.

“Porque eu não me considerava uma prostituta...eu ia namorar, curtir a vida, como hoje, a maioria das meninas de 15 anos já faz sexo... e não se consideram uma prostituta” (Jurema, 14-23, CP).

Utilizando referências atuais, Jurema olha para o passado e analisa de forma naturalizada seu comportamento. No entanto, seu semblante sério e seu tom firme denunciam que, nos anos de 1960, foi muito difícil para uma garota de 15 anos viver a vida, como ela se dispôs a viver. Jurema optou por desafiar as regras do recato - ela participava assiduamente de bailes localizados em regiões diferentes do seu local de moradia, longe dos olhos dos pais e dos vizinhos - seu comportamento “avançado” também foi silenciado pela moral da família de bem.

Nesta pesquisa, fumar, beber, ter relações sexuais antes do casamento, ter muitos parceiros, frequentar bailes, gafieiras e sambas, usar minissaias, ir com frequência à casa de amigos e etc. foram hábitos considerados inadequados entre as famílias das mulheres. De um modo geral, eram ações realizadas em secreto, sem o consentimento familiar.

As famílias não tinham por hábito educar sexualmente seus filhos, nem tampouco permitir que eles vivenciassem sua sexualidade fora dos padrões de moralidade. Luana tentou dialogar com a mãe sobre sua primeira experiência sexual. Acreditou que por ela ser professora (“moderna”) entenderia e lhe apoiaria nesse momento. No entanto, o medo da mãe de Luana, em função da reação do marido, foi maior do que a preocupação em acolher e orientar a jovem adolescente na época:

“Eu fui uma menina que na minha época, tendo pai, mãe, de classe média foi muito cedo que eu comecei a me relacionar sexualmente, e isso eu não podia contar pra amigas e parentes. Por sinal, uma das primeiras a saber, a minha irmã e foi a própria minha mãe, eu contei pra ela. E foi horrível, coitada. Logo em seguida eu contei pra ela. Porque minha mãe era professora e a professora é uma pessoa mais moderna, mais aberta. Mas coitada! Eu não devia ter contado porque ela ficou arrasadíssima. Eu achava que ela era bastante moderna, mas...ela não gostava de esconder nada, de guardar segredo e foi uma coisa que ela teve que esconder do meu pai. [...]Na classe média, não era comum uma menina de 14, 15 anos ter relacionamento, mas eu era avançada pra época” (Luana, 6-15, CM).

A mulher em questão está se diferenciando da geração anterior, criando linhas de fuga para a moralidade dos pais, mas, ao mesmo tempo, vivendo um conflito entre considerar-se “avançada” para o seu tempo e viver sua sexualidade às escondidas, à margem do preconceito dos pais, apenas ela e o parceiro. Ela que nada sabia sobre sexo e o parceiro que fora iniciado por prostitutas. Não ficou registrada na memória de Luana nenhuma orientação da mãe em relação à sua vida sexual. O que lhe marcou, aquilo que jamais esqueceu, foi o nervosismo da mãe pela possibilidade do marido descobrir o comportamento desviante da filha.

Segundo Lídia, a moça de família também não deveria se envolver em política. Criada no interior da Paraíba, aos 23 anos, em 1966, estudava economia na Universidade Federal da Paraíba em João Pessoa. Morava com amigas em um pensionato para moças e fazia parte do Movimento Estudantil. Gostar de fazer política não era fácil naqueles anos de ditadura repressora, mas seu pai não se opunha a estes riscos, desde que a filha não namorasse. Essa negociação nos mostra o impacto da moral sexual que imperava na época, a ponto do pai de

Lídia preferir a possibilidade do risco de prisão e tortura, vinculados à repressão militar, aos “riscos” dos prazeres do corpo, vinculados ao namoro.

“Eu casei com o primeiro namorado que eu tive na vida. Como eu fazia política, eu tinha que fazer uma opção, ou fazia política que meu pai não se incomodaria, desde que eu não tivesse namorado. Então eu não tinha namorado. [...] Olha que eu fui uma exceção, eu sou a única da minha geração, que não casei no religioso, eu só casei no civil, eu já promovi um escândalo! Minha mãe reagiu, mas nisso eu fui inflexível.” (Lídia, 17-26, CM)

Para “fazer política”, ou seja, continuar lutando por reivindicações de direitos sociais ampliados, Lídia se adequou aos padrões de moralidade dos pais: casou virgem, com o primeiro namorado e embora não tenha consumado o ritual religioso do véu e grinalda, o escândalo que promoveu não alterou a reputação de sua família. A “honra” da família foi mantida.

O exemplo de Lídia mais uma vez nos coloca diante à tensão entre rebeldia e a moral. Apesar de ter um comportamento diferente das meninas de sua geração, se dedicando à política e renunciando aos dogmas católicos, Lídia cumpriu a norma do matrimônio e da virgindade. Para romper com essas normas era necessário que o casal estivesse disposto a vivenciar sua sexualidade despindo-se desses princípios de moralidade. No entanto, no Brasil da década de 1960, predominava a desigualdade de gênero em relação à atividade sexual. Cavalcante e Morais (2003) descrevem que nesta época os rapazes buscavam casar com as moças virgens. As namoradas que permitiam a manutenção de relações sexuais antes do matrimônio geralmente eram abandonadas por seus parceiros ⁷¹.

Nos anos de 1960 vigorava com toda força a dupla moralidade, a qual permitia que homens praticassem sexo com prostitutas, amantes e moças desclassificadas a fim de manter a pureza das namoradas e a virtude da futura mãe de seus filhos ⁶⁷. Luana nos descreve como foi difícil convencer seu namorado a manter relações sexuais com penetração vaginal, antes do casamento:

“Naquela época, os meninos se relacionavam com empregada doméstica, era comum, com prostitutas, era difícil você ver meninas, como é hoje em dia, que muitas meninas tiram a virgindade do garoto junto. Não era o meu caso. O

meu irmão e esse meu namorado, que eu namorei muitos anos, casei com ele, antes de eu me relacionar, eles saíam pra procurar mulheres na rua pra se relacionar, pagavam um pouquinho ou não pagavam, não podia dar beijar na boca. Eles já tinham mais conhecimento. Começavam a se relacionar... esse meu marido começou talvez com uns 13 anos. Quando eu tive a primeira relação com ele, efetivamente, foi uma coisa que ele ficou com muito mais medo do que eu, engraçado né? Porque ele gostava muito de mim, ele me amava muito. Eu acho que ele tinha um preconceito maior do que eu. Ele tirar minha virgindade... existia a palavra: há eu fiz um mal para aquela menina! Então foi mais difícil pra ele. Eu já tinha resolvido na minha cabeça. Eu era bastante feminista naquela época, achava que os direitos tinham que ser iguais... a coisa dele sair para procurar outra mulher, também me incomodava bastante. (Luana, 6-15, CM)

A história de Luana nos traz aspectos da dupla moralidade e do preconceito masculino em relação à sexualidade feminina. Seu namorado se envolvia sexualmente com mulheres consideradas de menor valor na hierarquia social: domésticas, prostitutas, mulheres desclassificadas que cobravam ou não para manterem relações sexuais com meninos. Dessa forma, os rapazes eram iniciados e adquiriam “conhecimentos” sobre a vida sexual. A intimidade amorosa era selada apenas pelo beijo na boca, o qual pertencia apenas à “donzela” enamorada. A perda mútua da virgindade era algo pouco provável nesse contexto machista, cujo homem deveria provar sua masculinidade e saciar seus desejos penetrando sexualmente mulheres fáceis, enquanto a “moça” (mulher difícil) deveria conter seus desejos em prol da virgindade.

Luana ressalta que foi preciso desconstruir no imaginário do parceiro a ideia de que ele estaria lhe fazendo um mal ao praticar o sexo vaginal. Os homens acreditavam que poderiam prejudicar a vida da moça ao desrespeitar a norma da virgindade. A vergonha e reprovação familiar, os comentários maldosos dos vizinhos, transformavam a virgindade em “prova de amor” entre os casais. Na verdade, a virgindade só simbolizava o domínio masculino sobre o corpo feminino, reforçando as desigualdades de gênero e a supremacia do homem sobre a mulher – enquanto o homem podia manter relações quando e com quem quisesse, a mulher deveria manter o recato e aguardar a hora certa a ser “deflorada”.

Um artigo da psicóloga Carmem da Silva^{XVIII} para a revista *Realidade* de dezembro de 1969 analisou o resultado de uma pesquisa que buscou levantar o que os homens pensavam sobre as mulheres e sobre o relacionamento homem/mulher, onde se concluiu que os homens brasileiros queriam uma mulher: “possuidora de virtudes domésticas, beleza que atraísse o olhar dos outros homens e recato que os mantivessem à distância... simplicidade, modéstia, economia, humor, habilidade de se calar na hora certa”^{70:206}. Outra característica fundamental seria a virgindade, condição exigida por 83% dos brasileiros. A “moça de respeito”, o que significava não deixar “avançar o sinal” durante o namoro e o noivado, se cedesse aos apelos e súplicas dos homens estaria “desqualificada para um “compromisso mais sério”, pois quem garantiria a ele que ela não iria dar “provas de amor” a outros, também”^{70:207}.

As histórias contadas por nossas participantes deixam claro que não era fácil para uma mulher nos anos de 1960 romper com os papéis femininos tradicionais: o segredo sobre o ato, o silêncio sobre o sexo e a sexualidade, o medo do escândalo na família, a falta de liberdade para viver suas experiências sexuais e o medo da gravidez eram fatores que contribuíam para que as vivências sexuais de nossas participantes fossem inusitadas. Os relatos de Branca e Luana descrevem como era complicado manter relações sexuais com seus namorados antes do casamento:

(Sexo antes do casamento) tinha que ser mais mulher, tinha que ser mais moderna, tinha que ser mais ousada um pouco [...] Às vezes não transavam completamente, era uma relação interrompida ou pela metade, mas isso não impedia de transar. A família nunca sabia, tinha que ser muito escondido, se a família soubesse era um escândalo” (Branca, 13-22, CM).

“O sexo na minha idade, a gente era bastante reprimida... Não é uma coisa fácil de você se entregar para uma pessoa, de conseguir atingir o orgasmo, uma menina que não tá casada, não tem uma estrutura. A gente namorava um bocado no elevador, apertava até o décimo segundo e aí namorava. A gente

^{XVIII} Carmem da Silva publicou diversos artigos em revistas destinadas ao público. Em sua seção “A Arte de Ser Mulher”, na revista *Claudia* (1963-1985), abriu espaço para se tratar da problemática feminina de modo corajoso e instigante. Nos anos de 1960, ela foi a primeira a começar a falar de sexo de forma mais profunda, não restrita somente ao controle de natalidade e também a primeira a colocar a questão do prazer (Cunha, 2001).

tinha a escada do prédio. Eu tinha uma amiga que morava no décimo andar e eu morava no sétimo andar, de vez em quando eu encontrava com ela, com namorado pelas escadas [...] não tinha como ser diferente. Aí começou a dirigir um carro, com 18 anos, já facilitou, tinha lá a corrida do submarino...que era no Arpoador, a gente estacionava e namorava... até na praia, na areia, onde a gente pudesse fazer. Era um fogo danado! Ainda bem que a gente fez bastante, porque depois chega na minha idade, na menopausa, acaba né! [Risos]” (Luana, 6-15, CM).

Os depoimentos mostram a inexistência de privacidade para o sexo entre os jovens. Os namoros aconteciam sempre sob a vigilância dos pais ou de algum parente próximo. Um contato mais íntimo entre o casal, se ocorresse, seria nas escadas, nos elevadores, nos carros e nas areias das praias. Solange lembra que motel não era uma opção, pois se algum conhecido visse uma “moça” entrar em um motel seria um escândalo muito grande para a família.

Segundo Luana, a falta de estrutura física para que as relações sexuais ocorressem dificultava a possibilidade do orgasmo feminino. Destacamos que o uso da palavra “orgasmo”, possivelmente foi empregada a partir de referências adquiridas e compreendidas ao longo de décadas posteriores aos anos de 1960. Conforme já mencionamos, a educação sexual nos anos 1960 não incluía temas como orgasmo feminino e prazer feminino; apenas ensinava as moças a se prepararem para o casamento, sendo boas mães e esposas ⁶⁷.

A sexualidade estava em transição e, apesar da virgindade ser a regra imperante não impedia que muitas moças mantivessem relações sexuais com seus namorados. Pinsky (2014) comenta que, em meados dos anos 1960, havia um número crescente de mulheres não virgens, fato que não alterou, significativamente, a moral sexual dominante. Nesta década ainda prevaleceu o conceito da honra feminina e o de virtude sexual (virgindade, pureza e ignorância), fatores que favoreceram o controle sobre a sexualidade feminina, assim como privilegiaram a hegemonia masculina nas relações sociais. No entanto, essas moças que transgrediram a moral vigente contribuíram para a reformulação dos comportamentos contrapondo-se e resistindo às normas sociais e representações fixas da sexualidade e do gênero existentes ⁶².

Contrapor às normas exigia, como Branca sinaliza, “ser mais mulher”, “ser mais moderna”, “ser mais ousada.” Para Branca manter relações sexuais com o namorado foi uma forma das garotas dos anos de 1960 se sentirem rebeldes e “donas de si”, mesmo que fosse necessário manter o total sigilo dessa atitude. O contraditório se destaca na trajetória afetivo-sexual dessas meninas, ora se comportando como meninas “ousadas” dispostas a mudar conceitos, ora plenamente a favor de manter o sigilo para evitar o escândalo em família. Seria uma liberdade secreta?

O destino das jovens na década de 1960 ainda era encontrar o par perfeito, casar e ter filhos. No entanto, novas referências começavam a inspirar as mulheres brasileiras, especialmente as de classe média. Branca por exemplo, achava secundário o casamento, não queria ser “do lar”, almejava seguir carreira profissional e ter independência financeira. As mentalidades sociais no final dos anos 1960 começavam a seguir novos caminhos.

“O ter que casar de branco, ter o enxoval, nunca foi o meu padrão de realidade. Meu padrão de realidade foi estudar, ter uma profissão e casar, se fosse o caso, era secundário.” (Branca, 13-22, CM).

“...eu comecei a trabalhar com 16, mas por conta própria. Fiz educação física, trabalhei, fiz estágio num colégio, comecei vender roupa, fazer biquíni... porque o meu primeiro marido tocava violão muito bem, e quando eu casei com ele, eu falei: ‘pode tocar violão porque eu vou trabalhar e vou ganhar o dinheiro’. Metida que eu era” (Luana, 6-15, CM).

Filha de proprietários de farmácia, Luana nos contou que desde muito cedo almejou por uma independência financeira. Apesar do conforto de sua casa e de não ter a necessidade de trabalhar, sempre buscou realizar alguma atividade que lhe garantisse certa autonomia econômica. Casou-se pela primeira vez aos 18 anos com um músico e foi provedora do lar para que o marido pudesse viver do seu talento. Assim, Luana mais uma vez desafiou as normas da classe média se aventurando como “chefe de família.” Luana não via problema em ela trabalhar e o marido viver do sonho de tocar. A busca pela igualdade de gênero estava de algum modo movendo esta mulher a favor de novas referências para o feminino.

A entrada da mulher no mercado de trabalho foi um processo gradual e repleto de obstáculos, como lembra Pinsky (2014). A moral conservadora e os discursos machistas muito contribuíram para a desvalorização da força de trabalho feminina ⁶². Leone e Baltar (2008) afirmam que a partir dos anos de 1960, o aumento da participação das mulheres na atividade econômica foi uma luta para superação do modelo anterior, no qual a dedicação majoritária ou exclusiva à atividade doméstica segregavam as mulheres à esfera privada ⁷².

Matos e Borelli (2012) pontuam diferentes elementos como motores que promoveram o crescimento do emprego feminino a partir dos anos 1960: a redução do poder de compra e o arrocho salarial, absorvendo as mulheres de camadas populares; as novas expectativas femininas em função do desejo da autonomia financeira e realização profissional, despertadas pelo movimento feminista e contracultura, nas mulheres de camadas médias; assim como a chegada da pílula anticoncepcional ⁷³.

Neste capítulo, revisitamos os anos de 1960 a partir das memórias de mulheres acerca dos comportamentos sociais que imperavam na década. Reconhecemos e discutimos alguns movimentos de mudança em direção a diferentes valores ligados à sexualidade feminina. Nas páginas a seguir, compreenderemos como as normas do matrimônio e da maternidade foram sendo transformadas de acordo com o desejo das mulheres pela gestão da fecundidade.

4.3. Maternidade e fecundidade nas dobras da história: vida reprodutiva e gestão da fecundidade sob novas referências.

A década de 1960 foi um período de muitas transformações na forma de viver no mundo público e no privado. A intensificação dos processos de medicalização teve efeitos sobre o modo de viver das mulheres e concorreu para mudanças nos comportamentos sexuais e reprodutivos. As normas da sexualidade conjugal e do sexo para procriação começavam a

conviver com novas referências. A partir destas premissas, este capítulo pretende dar luz às questões: como as mulheres do estudo organizavam suas vidas reprodutivas? Como elaboraram a ideia de gestão da fecundidade? Onde adquiriram informações sobre os recursos para realização da contracepção? Como elegeram os métodos a serem utilizados? Quais sentidos a gestão da fecundidade trazia às suas vidas?

4.3.1 Práticas contraceptivas anteriores ao uso das pílulas e percepções sobre a nova tecnologia

No Brasil, em décadas anteriores aos anos de 1960, a contracepção era tema vetado, senão condenado, nos debates públicos. O pensamento hegemônico era que a sexualidade conjugal fosse exercida com o objetivo da procriação e que as mulheres tivessem quantos filhos pudessem ter. Segundo Rohden (2003), o período que antecedeu a década de 1960 foi marcado por um forte discurso defendido pelo Estado, pelos médicos e pelo sistema jurídico-policial de valorização da maternidade e da infância, assim como de condenação do controle da natalidade^{XIX}. O objetivo era que a nação se tornasse forte e populosa. A maternidade era vista como um bem para a sociedade, fato que colocava a capacidade reprodutiva das mulheres vinculada positivamente aos interesses públicos. A mulher tinha a obrigação de dar filhos à sociedade. Era de sua natureza parir; ir contra este princípio poderia classificá-la como moral ou socialmente incapaz. Para além de uma escolha da mulher e de um anseio individual, seu destino era casar e procriar⁷⁴.

As vivências reprodutivas e de fecundidade das mulheres participantes desta pesquisa transitaram entre os conceitos morais tradicionais, vividos por gerações anteriores, e os novos

^{XIX} Rohden discute esses conceitos a partir do contexto do aborto e do infanticídio no início do século XX.

conceitos introduzidos pela aceleração dos processos de modernização. Neste contexto, as famílias pequenas começavam a ser anunciadas como ideal para o sucesso econômico do país, assim como para prosperidade econômica do lar.

Seguindo as normas até então imperantes, mulheres como Dira, Laura, Ingrid, Dora e Jéssica cumpriram o roteiro daquilo que Pinsky (2012) chamou de “essência feminina”: o matrimônio e a maternidade. Seria da natureza da mulher casar e ter filhos; essa verdade incontestável fazia parte dos arranjos familiares brasileiros. Tão logo uma moça se casava, criava-se a expectativa pelo nascimento do filho. O bebê selava o sucesso conjugal, o êxito da mulher em cumprir o seu papel natural - ser mãe e contribuir para ordem social, repondo mão de obra para a indústria, indivíduos para os exércitos, ovelhas para os rebanhos da igreja, bem como ocupando os vastos espaços do território nacional ⁶⁷.

A permanência dessas normas não significou imunidade aos movimentos de mudança. Essas cinco mulheres acima engravidaram e pariram pouco tempo depois do matrimônio e, após o primeiro filho, buscaram de alguma forma organizar suas vidas reprodutivas tentando limitar o tamanho de sua prole. Em outras histórias, as próprias famílias direcionaram as moças aos consultórios médicos em busca de orientação para evitar uma gravidez imediata, na iminência do matrimônio. Quatro mulheres praticaram sexo com seus parceiros antes do casamento, mas não foram surpreendidas com uma gravidez imprevista; conceberam seus filhos somente quando o desejaram. Embora a pílula anticoncepcional tenha sido relevante nas práticas de gestão da fecundidade, ela não foi necessariamente o primeiro, nem o exclusivo recurso contraceptivo das mulheres.

Antes mesmo da utilização dos contraceptivos hormonais orais, as mulheres já exerciam de alguma forma a gestão de sua fecundidade e suas experiências contraceptivas incluíram o uso do método Ogino-Knauss (tabela), da camisinha, do coito interrompido, de chás e do aborto.

O sistema Ogino-Knauss é um método com origem nas ciências médicas, praticado pela sociedade desde os anos 1920 e aprovado pela igreja católica nos anos 1950⁶². A utilização correta deste método comportamental de contracepção, exigia que as mulheres adquirissem conhecimento sobre o seu corpo, aprendendo e se apropriando de termos biomédicos. O uso da tabela aproximou a mulher de classe média dos consultórios ginecológicos, visto que esses temas não faziam parte das conversas entre mães e filhas nos anos de 1960. Assuntos considerados da esfera íntima foram compartilhados com o médico ou lidos na literatura.

A tabela foi o método utilizado por Dira logo após o nascimento de seu primeiro filho. Nascida em 1931, filha de um casal de ginecologistas/obstetras, ela não recebeu dos pais informações sobre sexo, sexualidade e contracepção antes de seu casamento. Sua família seguia as regras sociais, as quais ditavam que a maternidade era um papel a ser cumprido pelas moças da época.

“...me casei donzela, com 19 anos (1950). Casei, engravidei, tive um filho nove meses depois.” (Dira, 29-38, CM)

A gestação para essa mulher foi algo muito complicado. Devido à fortes dores na coluna, permaneceu todo o período de sua primeira gravidez, praticamente deitada e, após o parto, recebeu orientação do médico para não engravidar. Dira lembra que, em 1951, ainda não se fazia uso dos anti-inflamatórios; seu tratamento consistiu no uso de analgésicos e de um pesado colete de ferro, o qual mostrava-se incompatível com a barriga de uma gestação. Desta forma, o seu ginecologista lhe aconselhou a realizar a tabela para prevenir uma nova gravidez.

A contracepção foi inserida na vida de Dira de modo justificado e autorizado pelo ginecologista. Ela não estaria abdicando de sua função materna e, sim, seguindo recomendações médicas devido a um problema em sua saúde. Os preceitos morais e religiosos^{XX} desfavoráveis

^{XX} A igreja Católica até 1951 era radicalmente contra o controle da natalidade. Os casais deveriam casar e procriar segundo as leis de Deus. A partir dessa década, a igreja católica começa a afrouxar suas proibições,

à contracepção seriam minimizados frente à uma indicação por razões médicas. A vida sexual de Dira passou a ser disciplinada e controlada em função da necessidade de limitar as gestações:

“Tinha um livro ‘Ogino Knauss’. Era um livro que umas pessoas chamavam de tabela. Era um livro que tinha um relógio, você rodava no mês [...] você dependia também da boa vontade masculina de fazer abstinência nesses dias ou usar a camisinha se quisesse. Isso funcionou muito comigo, um tempão. Esse método comigo funcionou muito bem, mas dependia de ter uma ovulação segura [...] aprender foi com o médico mesmo, ginecologista, [...] ele me disse ‘tem agora esse livro’. Quem era avoada não podia fazer, tinha que ter uma ovulação correta. [...] Eram 20 dias livres para dez vermelhos. Não era uma coisa tão difícil para quem tinha uma vida regulada.” (Dira, 29-38, CM)

Essa história nos leva refletir sobre a intensificação dos processos de medicalização da sexualidade e as formas de pedagogização do corpo feminino, seus órgãos e suas funções, nesse período. No caso de Dira, como em outros casos desta pesquisa, o aprendizado da gestão da fecundidade se fez acompanhar de um processo de aquisição de uma linguagem médica. Através do contato com o médico, ela obteve informações sobre ciclo menstrual, ovulação, período fértil e o uso da tabela. O profissional também teve o cuidado de indicar leituras que facilitassem a compreensão da prática contraceptiva. Dessa forma, o fenômeno fisiológico tornou-se um objeto de administração médica⁷⁵ e em termo de sexualidade, o cuidado de si traduziu-se em gestão da fecundidade²⁷.

O interesse de Dira em restringir às gravidezes e ter uma prole pequena contribuiu para o seu empenho em realizar o método. Utilizou eficazmente a tabela por 11 anos sem qualquer dificuldade. Para ela, esse era um método que deveria ser usado por mulheres com ciclo menstrual regular, “disciplinadas” e que pudessem contar com a participação do parceiro. No seu imaginário, a vida “regulada” das mulheres casadas facilitavam o uso do método. Aqui cabe o entendimento que a vida “regulada” de casada significava manter relações sexuais com um

admitindo que os casais utilizassem métodos naturais na limitação do número de sua prole (Pinsky, 2012; Souza Junior, 2006).

único parceiro, sendo possível determinar uma frequência para os atos sexuais. Ser “avoadá” eliminava a possibilidade de uso do método, ou seja, a mulher deveria estar atenta e vigilante quanto aos dias “vermelhos” (período fértil).

A eficácia da tabela dependeria da fisiologia e da “disciplina” da mulher, assim como da cooperação do marido em realizar abstinência ou usar a camisinha nos dias férteis. Os homens não necessariamente foram instruídos nos consultórios médicos, mas participaram da trama de interesses que intensificou a medicalização dos processos reprodutivos sendo, muitas vezes, orientados por suas mulheres à utilizar tecnologias médicas para o controle da natalidade.

A disposição do parceiro, a exigência de uma regularidade para o ato sexual, o controle minucioso dos dias férteis, as limitações durante os dias proibidos e principalmente as possibilidades de falha também foram mencionadas por outras participantes que utilizaram a tabela como alternativa contraceptiva:

“Viajou de avião, mudou de lua, não sei o que. Aí não confiava na tabela e não fazia.” (Adélia, 11-20, CA)

“Às vezes ele [marido] viajava. Então quando meu marido chegava de viagem eu não podia [ter relações]. [...] Claro que a gente ia namorar.” (Solange, 11-20, CM)

“Um erro de cálculo na tabela e eu fiquei grávida [...] Tive duas gravidezes seguidas [...] A outra gravidez que eu tive, também foi uma contagem meio errada da tabela” (Lídia, 17-26, CM).

“[...] usei umas vezes a tabela, mas me dei mal.” (Jurema, 14-23, CP)

O uso da tabela exigia que as mulheres se apropriassem da linguagem médica utilizada para explicação do método:

“Olha, a gente não entendia. Muitas coisas eu tirei dúvida com a minha mãe. Pra você ver: ‘Mãe, o que é ciclo?’. A gente não sabia nem o que era ciclo menstrual” (Solange, 11-20, CM).

O depoimento de Solange evidencia a dificuldade encontrada, por algumas mulheres, em assimilar os termos utilizados pelas ciências médicas. A construção de uma norma

contraceptiva incluiria um novo vocabulário ao universo feminino e termos como ciclo menstrual, ovulação e dias férteis, começariam a fazer parte do cotidiano das mulheres.

Para estas mulheres, a chegada da pílula anticoncepcional representou facilidade, praticidade e a possibilidade de praticar o sexo sem se preocupar com os dias férteis, as alterações do ciclo ou mesmo a participação do parceiro na contracepção. As instruções contidas no verso das cartelas facilitavam o uso, reduzindo a necessidade de muitas explicações e entendimentos sobre o método. Essas possibilidades apresentadas pelos anticoncepcionais foram instalando a necessidade, cada vez mais frequente, do consumo desta nova tecnologia médica na gestão da fecundidade.

As motivações de Laura para o controle da fecundidade estavam relacionadas a interesses profissionais e financeiros. Após o nascimento de seu primeiro filho, foi buscar orientação do ginecologista para fazer contracepção, sendo indicado a tabela. Laura era artista plástica, buscava reconhecimento profissional, independência econômica e não estava em seus planos uma família numerosa.

“...antes (da pílula)? Métodos antigos. Tabela. Eu ia sempre na tabela.” (Laura, 21-30, CM)

Laura sabia que a tabela não era um método plenamente seguro. No entanto, ela era “bem casada”, e se a gravidez ocorresse seria bem-vinda. Após o segundo filho optou por não engravidar mais e, assim, em 1967, procurou novamente o ginecologista, já com interesse no uso da pílula. O uso da tabela foi feito de forma provisória enquanto a possibilidade de uma gravidez não programada fosse aceitável. A partir do momento que seu desejo de não engravidar tornou-se definitivo, Laura buscou um recurso contraceptivo o qual julgava “eficaz”: as pílulas anticoncepcionais.

Assim como Dira, para Laura, além da eficácia, o uso das pílulas anticoncepcionais oportunizou um maior controle feminino sobre a gestão da fecundidade. Por ser um método

centrado no corpo da mulher, essa não estaria mais sujeita à cooperação masculina. Caberia unicamente à mulher decidir o momento em que quisesse ter seus filhos:

“A independência da mulher, eu acho que a pílula ajudou muito, porque parou de ser aquela dependência total do marido, que às vezes nem sempre era um bom marido” (Laura, 21-30, CM).

Mulheres de camadas populares não tinham contato frequente com os consultórios de ginecologia. As informações sobre contracepção vinham do circuito de pares e não do encontro direto com o médico. Ingrid, mulher negra, de pertencimento social popular, adquiriu conhecimentos sobre a tabela em conversas com amigas e acabou por desenvolver seu próprio “jeito” de realizar esta estratégia contraceptiva. Utilizou o que chamou de “tabela” por cerca de sete anos e nesse período teve seis filhos:

“Às vezes eu pedia [ao marido] para não ter relação uns 5 dias antes da menstruação” (Ingrid, 17-26, CP).

A história de Ingrid nos mostra o interesse das mulheres de camadas populares em se apropriar de técnicas médicas para planejar o nascimento dos filhos e exercer o controle sobre suas vidas reprodutivas. O desejo e expectativa pelo controle da natalidade ocorreram sem a pedagogização dos processos reprodutivos observada na história de Dira. Ingrid pariu seis vezes e nenhum profissional teve a preocupação de lhe oferecer orientações sobre contracepção. O atendimento médico recebido restringiu-se a assistência ao pré-natal, parto e pós parto. Foram as vizinhas que lhe falaram da existência das pílulas anticoncepcionais, fato que a fez, em 1969, após o sétimo filho, solicitar ao médico uma prescrição para o uso do medicamento.

Fazer uso das pílulas anticoncepcionais para Ingrid significou conquistar o controle sobre a gestão de sua fecundidade:

“Pra mim foi bom, ficar dez anos sem ter um filho. Já pensou! Eu ia ter quantos filhos mais, ao invés de ter oito eu teria uns vinte [risos]! Foi melhor!” (Ingrid, 17-26, CP).

O uso da tecnologia médica foi realizado sem muitas explicações, o médico apenas lhe fez a prescrição e lhe ensinou o modo de uso. Fato que evidencia que nem sempre tecnologia e pedagogia andaram juntas.

Mulheres com o perfil de Ingrid foram público alvo das políticas de planejamento familiar das entidades não governamentais, as quais anunciavam como proposta reduzir o número de abortos no país, mas tinham como objetivo maior, o controle do nascimento dos pobres³. A história contada por essa mulher nos dá pistas de que as estratégias de captação dessas entidades se deram de forma errática, pois apesar de ser moradora de um município da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, não foi contemplada pelos serviços de promoção do planejamento familiar. A mulher inclusive financiou a compra do medicamento, incluindo-o em sua cesta de necessidades.

A década de 1960 presenciou grandes debates envolvendo a demografia e o crescimento econômico do país. No plano social, econômico e político, as pílulas se destacavam como uma solução eficiente para controlar os nascimentos, inclusive por ter seu uso aprovado por muitos médicos respeitados na cadeira de ginecologia. Dias (2015) ao analisar o debate sobre as pílulas anticoncepcionais no diário O Globo, nas décadas de 1960 e 1970, mostra a existência de grandes tensões na discussão sobre a segurança e eficácia do medicamento. Na esfera política, o controle demográfico se afinava como grande justificativa para o uso dos anticoncepcionais orais; na esfera religiosa, a Igreja Católica era veementemente contra o uso deste método para contracepção; no campo cultural, abriam-se questionamentos acerca da moralidade feminina e da maternidade obrigatória; no campo médico, existiam os que se mostravam favoráveis visando o controle social da pobreza e o enfrentamento de problemas sanitários e aqueles que se mostravam contrários, pois com um discurso nacionalista defendiam o crescimento e fortalecimento do contingente populacional do país²⁴.

Em meio as polêmicas suscitadas pelas motivações do uso das pílulas, a experiência de Ingrid nos mostra que alguns médicos mantinham uma postura neutra em relação ao uso de tecnologias para o controle da fecundidade de mulheres de camadas populares. Embora não se opusessem à prescrição das pílulas, não eram divulgadores do método, se as mulheres solicitassem, seriam oportunizadas ao uso.

O preservativo masculino, popularmente conhecido como camisinha, também foi um recurso contraceptivo utilizado pelas mulheres na década de 1960. Dira o utilizou em associação à prática da tabela:

“Meu marido usava camisinha, sem dificuldade nenhuma, ele mesmo comprava, isso ele comprava, a providência era dele, não era eu quem comprava não, isso talvez tivesse um pouco de constrangimento. Na época, nunca fui comprar camisinha na farmácia. [...] A camisinha era em qualquer farmácia, sem problema nenhum, ela era usada muito tempo antes de 1960, até no século XIX já tinha o uso e a prática, as mulheres lutavam sempre com a boa vontade dos homens, porque os homens não gostavam de camisinha.” (Dira, 29-38, CM)

Assim como para fazer a tabela, para o uso da camisinha as mulheres tinham que contar com a “boa vontade” do homem para a contracepção. Enquanto a mulher gerenciava o calendário para fazer a tabela, ao homem cabia a responsabilidade da compra e uso da camisinha ou da abstinência nos dias férteis. A camisinha se destaca como algo do universo masculino, uma responsabilidade do homem, na qual a mulher não se via inserida. O homem comprava e usava a camisinha, tratava-se de uma tarefa dele.

Na história contada por Dira, optar pelo uso da pílula significou o domínio feminino total sobre a regulação da fecundidade:

“O sensacional foi a libertação da mulher poder ter um filho, ou não, de acordo com a sua opinião, porque até então a gente tinha que depender da boa vontade masculina” (Dira, 29-38, CM).

Para Dira a disponibilidade de um método centrado no corpo feminino trouxe para as mulheres maior autonomia na gestão da fecundidade. Elas poderiam decidir sobre o melhor

momento de engravidar, bem como a quantidade de filhos ter, independente das ações do homem.

Diferentemente de Dira, outros relatos nos mostram que a camisinha não se adequou a vida sexual e reprodutivas das mulheres, seja pelo desconforto, a recusa do marido, o medo de estourar durante uma relação mais movimentada, ou a possibilidade do esquecimento de comprar, levar e/ou colocar.

“Chegamos a usar a camisinha [...] [mas] eu tinha problema porque me assava muito.” (Jandira, 14-23, CP)

“Mas o meu marido nunca gostou. Nunca suportou.” (Solange, 11-20, CM)

[...] “A camisinha eu já usava, mas eu queria um pouco mais de liberdade. Não confiava na camisinha. Que tamanho era o afã [de transar] que eu tinha medo de estourar, de esquecer, de, enfim...[...] Eu não comprava camisinha, quem comprava era o meu namorado.” (Adélia, 11-20, CA)

Também para Jandira, Solange e Adélia, a camisinha se destaca como algo do universo masculino, responsabilidade do homem. A mulher não se vê atuante com esse método; talvez os preconceitos morais da época tornassem a camisinha um objeto fora do alcance feminino, seja pela vergonha de comprar nas farmácias, seja pela divisão sexual do trabalho contraceptivo ou por ser um método centrado no corpo do homem. Nenhuma das entrevistadas disse ter comprado camisinhas para o parceiro. A compra era uma função exclusiva do homem, em contraposição ao uso das pílulas que, conforme mais adiante veremos, eram utilizadas pelas mulheres e compradas por elas ou, em alguns casos, pelos parceiros.

Romper com as normas da virgindade, do matrimônio e da maternidade não era tarefa fácil para nenhuma moça dos anos de 1960. A experiência de Adélia, uma jovem moça de classe média/alta, que nos anos de 1968 desfrutava de seus 19 anos, nos mostra como as jovens viviam sua sexualidade e driblavam a gravidez fora do contexto do matrimônio:

“Primeiro eu tinha aquela teoria de que transar era só casando. Então, eu tinha meio que um dilema. Eu tive um primeiro namorado que vingou e que era um tesão enorme e ele ficava querendo e eu dizendo que não e resistindo, insegura. Acabamos que muito devagar, com muita negociação a gente foi. Transou.

Primeiro a gente não tinha penetração vaginal. Fazia penetração anal antes da vaginal. E isso namorando no carro, na Barra da Tijuca, estacionado lá no São Conrado, onde antigamente não tinha nada, aquilo ali era descampado. Usando camisinha ou fazendo tudo, menos penetração vaginal. Mas eu sabia que tinha um risco mesmo assim, então eu fui atrás do anticoncepcional. A ordem foi: sexo de outras maneiras, coito interrompido, aí a pílula.” (Adélia, 11-20, CA)

Para viver sua sexualidade, primeiro, Adélia teve que se libertar do seu próprio tabu em relação a virgindade. O “sexo de outras maneiras” foi fruto de muito diálogo com o parceiro e poderia cumprir uma dupla função: manter a integridade do hímen até o casamento e funcionar como estratégia contraceptiva. O duplo aspecto da penetração anal foi apresentado por autores como Del Priore (2014), Cardoso (2104) e Pinsky (2014). Nos anos de 1960, o sexo anal era praticado pelos casais que não queriam romper com as normas de moralidade ainda vigentes. O rapaz que amava sua namorada, e tinha pretensões de casar, parava na “portinha” ou realizava o coito anal, assim mantinha a virgindade da moça, demonstrava respeito por sua honra, garantia a “pureza” da futura esposa e mãe de seus filhos e evitavam o escândalo de uma gravidez indesejada ^{62, 66, 76, 77}.

Entre aqueles que “avançavam o sinal”, ou seja, praticavam penetração vaginal, o coito interrompido era uma alternativa contraceptiva. Esta prática interferia diretamente no intercuro sexual, algo de controle exclusivo masculino, fato que ocasionava tensões entre as moças pela insegurança do método:

“O meu marido tinha aquele método que quando dá a hora, tira fora. Corria me lavava no bidê.” (Solange, 11-20, CM)

O medo da gravidez com o uso do coito interrompido era uma constante e foi esse o principal motivo que levou Adélia a optar pelas pílulas. Para as mulheres entrevistadas, pela crença na sua eficácia, os anticoncepcionais orais - a “pílula”, o “remédio”, como assim denominavam - representaram uma maior segurança no sentido de vivenciar os desejos e o prazer sem medo de engravidar. Essas histórias nos levam a uma viagem no tempo, onde vemos a transição para uma época onde, tanto em espaços públicos e privados, muitas mulheres, de

modo organizado o ou não, começavam a reivindicar o exercício da sexualidade sem a obrigação da procriação e o acesso ao prazer, sem culpa, sem medo e desprovido dos pudores sociais. O uso da pílula permitia que a vida privada não ficasse exposta publicamente pela gravidez, sendo possível inclusive manter o sigilo sobre a virgindade perdida.

Para Pedro (2012), a disponibilidade das pílulas anticoncepcionais como um método contraceptivo mais eficaz, “ajudou a consolidar na mentalidade das pessoas a separação entre procriação e sexualidade, com o aval das ciências médicas”^{78:244}. Tal medicamento prometia ludibriar uma gravidez indesejada e possibilitava que o desejo feminino fosse levado em consideração na relação sexual, contribuindo para a difusão da ideia de que o prazer não deveria ser uma prerrogativa somente masculina⁷⁸.

Lefaucheur (1991), indo ainda mais longe, considera que as pílulas anticoncepcionais estão na origem da revolução das relações entre os sexos no que se refere à iniciativa e ao controle da concepção. Afirma que a pílula é um método de iniciativa feminina premeditada, permitindo que a mulher decida o caráter contraceptivo de suas relações sexuais, ou seja, o número de gravidezes e o momento em que pretendem fazê-lo. Além de reduzir as limitações nas relações sexuais, tornou o desejo da paternidade tributário da vontade da maternidade das parceiras⁷⁹.

Antes das pílulas, os meios utilizados para tentar impedir a gravidez ou para fazer descer a menstruação consistiam em grande parte de técnicas e tecnologias não médicas, que não passavam pelos profissionais, e eram propagadas através do boca a boca entre mulheres:

“[...] tinham coisas assim antigas como botar vinagre, esponjinhas de vinagre, o próprio banho com vinagre, tudo isso não fazia efeito nenhum, mas era uma coisa, que dava uma certa ideia que a mulher estava se defendendo de um filho sem querer. Tinha também o diafragma, que eu não ouço mais falar, pra mim não houve essa sugestão. [...] Naquela época, não tinha muito essa história de DIU não, nem se falava nisso, eu não conhecia, não me interessei e nem ouvi falar disso” (Dora, 29-38, CM).

“Minha mãe tinha uma lavadeira, essa lavadeira passava muito pra gente. A gente estava sempre ligada, né? Que elas tomavam um chá. Eram chás

abortivos. Entendeu? Eu acho que elas engravidavam e tomavam o chá abortivo” (Solange, 11-20, CM).

“Dizia-se que se botasse aspirina e botar alguma coisa ácida [na vagina], também podia ajudar a matar[espermatozoide], porque muda o PH da vagina e ajuda a evitar” [...] (Luana, 6-15, CM).

“Minha mãe teve muitos filhos, minha mãe teve nove filhos. Só criou seis. Não usava nada. Ela me falou que foi num médico aqui de São Gonçalo... tinha uma química que colocava no útero, que secava o útero. Ela fez isso” (Jandira, 14-23, CP).

Os depoimentos mostram o desejo e o interesse das mulheres pelo controle da natalidade.

A geração que iniciou sua trajetória afetivo-sexual nos anos de 1960 não queria ter uma prole numerosa, por isso ouvia atentamente o que mulheres de gerações anteriores utilizavam na tentativa de limitar o número de filhos. Segundo Maitre (2013) o uso de esponjas de vinagre como espermicidas, assim como de chás, entre outros meios tradicionais de evitar a gravidez, data da época dos Egípcios (considerada a primeira civilização a utilizar o controle da natalidade). Esses costumes populares foram secularizados, passados de gerações à gerações e se difundiram por todo o mundo. Tecnologias como diafragma (1882) e DIU(1920)^{XXI} apesar de serem anteriores à pílula, ainda não estavam popularizadas entre as mulheres²⁵.

4.3.2 O Aborto no contexto da gestão da fecundidade

O aborto foi outra prática de limitação da prole vivenciada direta ou indiretamente pelas mulheres participantes da pesquisa.

“Eu tinha uma prima que fez sete abortos. Consciente. Ela tinha saúde, tinha tido três filhos.” (Dora, 29-38, CM)

“Eu tive amigas que engravidaram, tive amiga que fez aborto. Tinha muito aborto naquela época. Muitos! Muitos abortos!” (Solange, 11-20, CM)

“Você sabia que tinha umas parteiras, mulheres que o pessoal chamava de Fazer Anjo, que davam beberagens, faziam algumas coisas, chás e tal, eu não

^{XXI} Segundo Maitre, “Intrauterine devices (IUDs) have been used as a method of contraception for over 2000 years, although their use became more common in the second half of the 20th century” (Maitre, 2013, p.4).

sei nem o que era. Sabia que existia mas ninguém falava. Em geral, essa questão rondavam mulheres mais pobres, que tinham como profissão parteiras do circuito de mulheres pobres nordestinas.” (Lídia, 11-20, CM)

Segundo Diniz (2012), na década de 1980, começaram a ser noticiadas na imprensa as primeiras histórias de mulheres presas ou mortas por práticas inseguras de aborto⁸⁰, mas foi na década de 1960, que a questão do “aborto criminoso” começou a ganhar destaque na pauta dos grandes meios de comunicação, no seio dos debates e controvérsias sobre a oportunidade ou não do planejamento familiar em nosso país²⁴. Conhecimentos sobre a prática do abortamento clandestino entre as mulheres, que Diniz (2012) chamou de “a primeira geração pílula” – ou seja, são contemporâneas das mulheres que compõem este estudo - foram produzidos “à beira do leito, a partir de casos de mulheres que buscavam os serviços de saúde para a finalização do aborto incompleto”^{80:318}. Entre as usuárias de pílulas, o aborto ocorria por razões variadas: as mulheres usavam as pílulas de modo errado ou descontinuavam devido aos efeitos colaterais, o método falhava ou o acesso a ele podia ser difícil, ou seja, o método não assegurava um planejamento definitivo da reprodução.

A história de Jurema nos ajuda a compreender uma das dimensões do universo dessas mulheres que praticavam o aborto em busca do controle da fecundidade. Nascida em uma família de pertencimento social popular, seus pais tiveram 10 filhos e sua mãe não dispunha de tempo e conhecimento para lhe explicar assuntos como sexo, sexualidade e contracepção. Aos dez anos começou a trabalhar e morar em casas de família, ganhava seu próprio dinheiro e ajudava a mãe com as despesas do lar. Na adolescência, costumava se reunir na praça de Icaraí-Niterói com amigas e primas, domésticas da mesma faixa etária (16-18 anos), e conversavam, entre outras coisas, sobre namoro, sexo, sexualidade e os meios para fazerem descer a menstruação. Cada uma compartilhava a experiência ouvida na casa dos patrões. Foi neste grupo que Jurema aprendeu sobre banhos de assento com ervas, chás e o endereço das “curiosas” (aborteiras):

“[...] éramos três primas e tinham outras colegas, porque nesse meio tempo, quase todo mundo se fez mulher. Naquela época a gente era um grupinho de quase todo mundo da mesma idade. Na minha família ninguém dava esse tipo de informação. A gente se reunia, procurava trabalhar perto, se reunia na pracinha. Quando fiquei grávida [a prima disse] vamos tomar chá disso [arruda]. No final nada dava certo. Esquenta água na bacia e senta ali. Mas isso não adiantava nada. Nesse meio tempo [16 aos 17 anos], eu peguei algumas gravidezes, e aí eu tirava. Foram com curiosas [...] deitava lá numa cama, não era muito higiênica, na casa delas. A gente ia, levava assim sempre uma colega, pagava. Às vezes, a gente queria fazer logo, mas não tinha [dinheiro], tinha que juntar o dinheiro daquele mês, as vezes de outro, ou falava e uma ajudava a outra. [...] sabia que tinha [clínica] mas sabia que era muito caro [...]. [Nas curiosas] era perigoso, muito perigoso, porque elas não tinham nenhuma responsabilidade com a gente, só falava e dava o remédio e dizia se passar mal, corre para o pronto socorro. [...] não queriam saber nome, onde morava, se trabalhava, se era menor...a gente fazia depois, faziam chás em casa, lavagens, elas orientavam, mandavam tomar um determinado remédio, que depois a gente ia ver que era antibiótico, porque geralmente essas pessoas eram enfermeiras ou parteiras.” (Jurema, 14-23, CP)

Um aspecto relevante a ser destacado nessa história – talvez como compensação da ausência da família, de atenção médica e de recursos diversos - é o papel desempenhado pela rede de apoio de Jurema. O grupo formado por adolescentes domésticas discutia suas experiências afetivo-sexuais e estabelecia relações de proteção e apoio, compartilhando informações, recursos financeiros e suporte emocional. Possivelmente essa foi a forma encontrada por um grupo marginalizado socialmente para enfrentar as dificuldades em suas vivências cotidianas.

A gravidez indesejada levava as mulheres a utilizarem estratégias tradicionais de “fazer descer” a menstruação, tais como chás e banhos de assento. Quando essas estratégias falhavam as mulheres submetiam seus corpos a procedimentos inseguros, realizados em locais insalubres, com técnicas rudimentares, totalmente clandestinos, assistidas por pessoas que não se responsabilizavam pelas consequências da prática ilícita. A prática abortiva envolvia uma série de cuidados após o procedimento, os quais eram realizados pela mulher, sem qualquer auxílio das “curiosas”. Esta terapia complementar incluía o uso de chás, lavagens, antibióticos e a indicação de procurar o médico em caso de hemorragias.

No imaginário de Jurema, “a arte de enganar a natureza”⁷⁴, através do aborto, era uma alternativa para mudar o curso de um destino que foi traçado pela geração anterior. Ela se recusava a projetar o futuro nas condições vividas por sua mãe, cuja vida era parir e cuidar dos filhos.

“A gente não tinha muita informação, tinha os médicos, a gente conseguia, mas não era tão fácil, por isso que minha mãe teve dez filhos. Eu acho também que eu fiz muito isso (aborto), por que eu via a minha mãe, minha mãe não viveu, só teve filho, só filho. [...] Eu fiz nove abortos.” (Jurema, 14-23, CP)

Formar uma família numerosa não era o destino que essa mulher desejava para si. Jurema foi mãe de apenas um filho, e o teve no momento que desejou. Sua fisionomia triste ao falar da vida dura da mãe, a qual só fazia parir e cuidar dos filhos, denunciava sua frustração pela ausência de um relacionamento mais próximo com sua genitora. Ela não queria uma vida semelhante à da mãe, ao contrário, buscava se inserir em um novo contexto que já se abria para os jovens. Queria usar minissaia, ir aos bailes, namorar, se divertir, em suas palavras: “curtir a vida!”

Foi curtindo a vida que Jurema teve sua primeira transa. Ao narrar esse momento, a expressão alegre, os olhos brilhantes, as fâcies rosadas e os risinhos incontroláveis nos indicam que a mulher se entregou sem medo, sem culpa, viveu a excitação, descobriu o prazer a dois sem se preocupar com normas, regras e estigmas relacionados a virgindade, casamento ou mesmo gravidez. A responsabilidade com as consequências do ato sexual foi lembrada, em um segundo momento, pelo parceiro:

“Foi acontecendo na empolgação, o meu namorado que disse assim: agora você vai ter que ver, eu tinha uns 16 para 17 anos, ele tinha 22, ele trabalhava, era um homem solteiro. [O namorado disse] ‘Agora a gente tem que saber fazer as coisas, se não daqui a pouco você vai ficar grávida, seu pai vai me matar.’ Só me falou isso, aí a gente não tinha quase nada [...] a gente tomava nossos cuidados, a gente não fazia penetração. [Quando engravidou o namorado disse] ‘se vira que eu não mandei. Você que tinha que tomar cuidado com você, não me traz aborrecimento’.” (Jurema, 14-23, CP)

Para Jurema, o encanto da primeira experiência sexual logo foi sendo substituído pela apreensão de uma gravidez indesejada e pela responsabilização de evita-la, cobrada pelo parceiro. Jogos sexuais onde a penetração vaginal tinha uma frequência limitada ainda foram alternativas tomadas de comum acordo pelo casal. Porém, mediante a gravidez, o parceiro se eximiu de responsabilidade, culpabilizou Jurema que deveria ter tomado os devidos cuidados contraceptivos, deixou-a vulnerável e ela mesmo decidiu que havia uma única solução possível: o aborto. Ele não propôs explicitamente que ela o fizesse, não a acompanhou nesse processo, mas exigiu que ela resolvesse.

Para Bozon (2005) a construção tradicional da masculinidade confere ao homem resistência ou menor interesse em conversar com a parceira sobre as consequências do ato sexual, existe uma defasagem entre diálogo e prática, no que se refere a proteção do ato sexual⁸¹. As relações de Jurema foram marcadas pela falta de responsabilidade masculina em relação as consequências das transas sem proteção. Os nove abortos provocados por Jurema foram frutos de parceiros diferentes. A mulher conta que alguns a abandonaram ao saber da gravidez, e outros a deixaram ao saber que ela tinha feito o aborto. Jurema não queria ser mãe naquele momento, por isso não se importava com as atitudes dos parceiros que a recriminavam por ter feito o aborto. Ela optou por não carregar o peso de uma maternidade não desejada e continuar desfrutando de sua sexualidade às escondidas da família, tentando proteger-se do estigma de ser considerada “prostituta”, devido a multiplicidade de parceiro.

Para Jurema, não tinha opção. Se mantivesse a gravidez fora do casamento, tornaria público uma relação sexual fora das normas sociais, ou como diria Plem (2005), daria prova concreta da “promiscuidade” cometida, deporia contra sua própria honra e romperia com a normatização social estabelecida pela maternidade exercida no casamento⁸². Por outro lado, ao cometer o aborto passava a ser considerada assassina de filho o que causava repulsa em alguns

de seus parceiros. Numa situação de escassez de alternativas, a mulher optou pelo aborto como forma de controlar sua fecundidade.

A história de Jurema reflete as marcas das desigualdades de gênero e de classe que colocaram a mulher como única responsável pelas consequências de seus atos sexuais, assim como a expuseram a situações de risco frente a realização de procedimentos ilícitos, em condições precárias. Conforme contado por algumas participantes da pesquisa, vimos que enquanto as mulheres de classe média praticavam o aborto em clínicas (geralmente disfarçadas pelo título de “clínicas ginecológicas”), Jurema tinha como opção as curiosas.

Nos anos de 1960, os médicos brasileiros que apoiavam o uso das pílulas anticoncepcionais mantinham um discurso muito forte sobre o combate ao aborto criminoso. Inclusive este foi anunciado como o objetivo central das iniciativas que culminaram na criação da entidade não governamental de planejamento familiar que mais atuou em terras brasileiras, a Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). O aborto foi o tema utilizado para colocar em ação medidas de planejamento familiar no Brasil, funcionando como uma cortina de fumaça para despistar os reais interesses dos financiadores da BEMFAM: a contenção do crescimento populacional³.

Nas memórias de Adélia ficaram registradas sua preocupação em orientar suas empregadas domésticas acerca do uso da pílula, tentando “reduzir as práticas abortivas” dessas mulheres. Um caso emblemático para entrevistada foi quando aos 18 anos, em 1968, ainda virgem, Adélia se inquietou com a história de sua empregada que estava disposta a realizar um aborto. Adélia respeitou a decisão da mulher, mas resolveu pagar o procedimento em uma clínica de aborto e, logo em seguida, esclareceu a empregada sobre o uso das pílulas anticoncepcionais para que a mesma não tivesse a necessidade de repetir o feito.

[Indicou pílula a alguém?] “Empregada doméstica. Me lembro. Inclusive teve uma que eu levei pra fazer um aborto porque ela ia fazer, ela estava sem dinheiro, queria fazer o aborto [...]e eu já sabia onde era, eu procurei saber e levei ela e paguei pra ela. Pra ela não correr risco. [...] [depois do aborto] Eu

devo ter orientado ela bem direitinho, eu devo ter dado aula pra ela [sobre pílula] [...] Mas eu devo ter dito também que ela só podia tomar 5 anos. [Risos] Ou devo ter orientado pra ir a algum médico, alguma coisa” (Adélia, 11-20, CA).

Esta história particularmente nos mostra que a pílula é inserida no cotidiano feminino como uma alternativa ao aborto inseguro. No boca a boca, as mulheres foram propagando o uso da pílula como algo “melhor” ou “menos perigoso” dos que as práticas abortivas. A maioria das mulheres comentou um caso de aborto, seja pessoal, familiar ou conhecidas próximas, sugerindo, conforme discutido anteriormente, um alto índice de aborto na década de 1960. Sensibilizadas, indicavam o anticoncepcional oral como uma forma de proteger e evitar os riscos de morte aos quais as praticantes do aborto estavam expostas.

[Conversava sobre pílulas com amigas?] “Ah, eu falava! Eu falava. Eu falava. Eu tinha pavor de falar essa palavra aborto. Primeiro que naquela época até morria. E as pessoas se apavoravam. Jovens, naquela época, ficavam muito apavoradas. Era tudo clandestino. Se saísse algum comentário dentro desse acontecimento de evitar, a gente conversava sim. Comentava” (Solange, 11-20, CM).

Para Solange o uso das pílulas poderiam reduzir o número de abortos, por isso propagava entre as mulheres informações sobre a utilização do medicamento.

Entretanto, a chegada da pílula não cumpriu com as promessas e esperanças em conter as interrupções voluntárias da gravidez. Ainda nos dias atuais, mesmo em países com boa assistência à saúde sexual e reprodutiva, o aborto é um componente das práticas de gestão da fecundidade das mulheres^{83,84}.

A seguir convidamos a conhecer um pouco mais sobre esta tecnologia que foi introduzida e passou a fazer parte da rotina dessas mulheres. Discutiremos as novas associações formadas pelo uso da pílula, como elas começaram a ser difundidas e quais as ideias centrais que, no imaginário feminino, a promoveram como método contraceptivo ideal para o controle da natalidade.

4.4. A pílula anticoncepcional no cotidiano feminino

Nessa última parte dos resultados, aprofundaremos as discussões sobre a forma como essa tecnologia médica foi introduzida no cotidiano feminino, como as mulheres aprenderam a utilizar esse recurso contraceptivo, de que maneira e com qual finalidade este dispositivo foi utilizado, as experiências vividas, os sentidos do uso dessa prática e quais normas sociais foram sendo remodeladas e reeditadas a partir do uso das pílulas.

4.4.1. Aprendendo sobre a pílula

No universo da pesquisa as informações sobre as pílulas anticoncepcionais foram adquiridas por meio da leitura de revistas e de jornais, do aconselhamento nos consultórios médicos, das conversas nos balcões das farmácias e da rede de convívio social das mulheres. Nas memórias de Laura e Jurema ficaram registradas a lembrança da leitura das revistas femininas:

“Sim lia, lia *Claudia*, esse tipo de revista. *Nova*. A *Nova* saía bastante coisa, saía mais na *Nova* do que na *Claudia*” (Laura, 21-30, CM).

“Tinha alguma coisa. Eu acho que sim. Tinha seções de mulher. Eu tenho inclusive, coleção da revista *Nova* e da revista *Claudia* até hoje. Eu lia muito. Tinha” (Jurema, 14-23, CP).

Pinsky (2012 e 2014) e Pereira (2016) mostram que a revista *Claudia*, no transcurso dos anos de 1960, foi um importante meio de circulação de informações sobre as pílulas^{62,69,85}.

Para Joana o que ficou marcado em relação às informações divulgadas pelas revistas foi a “segurança” do método:

“Efeito colateral, não [não havia informação]. Sobre pílula sim, mostrando exatamente que era uma coisa segura, que se a pessoa tomasse corretamente não tinha problema” (Joana, 16-25, CM).

Na fala de Joana, a pílula ser “segura” significava cumprir a finalidade de evitar a gravidez, segurança foi entendida como eficácia. Para se sentir segura em relação ao efeito contraceptivo da tecnologia médica era necessário usar “corretamente”. A ideia de “uso

correto” atrelado à de “indicação e acompanhamento médico” foi difundida na primeira publicação de *Claudia* sobre o medicamento, em 1962. A pílula foi anunciada como uma tecnologia de gestão médica. Para mulher utilizar o anticoncepcional de forma segura, ela deveria recorrer à prescrição de seu ginecologista⁸¹. A pílula exigia um conhecimento especializado para ser utilizada com êxito.

Nesta pesquisa, mulheres de classe média, casadas ou em iminência de celebração dos votos foram as principais leitoras das revistas femininas. Para as mulheres de camadas populares, a casa dos patrões funcionou como um espaço onde elas poderiam ter acesso às revistas femininas e aos jornais, meios que vinculavam notícias sobre a pílula. No caso excepcional de Jurema, ela comprava e colecionava *Claudia e Nova*^{xxii} e a casa dos patrões era o local onde ela poderia realizar suas leituras, sem que sua família pudesse contestar os temas lidos. Conforme pontua Adélia, o controle dos pais sobre as jovens também incluía a vigilância das revistas que poderiam ser lidas:

“Revistas femininas? Não. Não entravam na minha casa. Entravam os mais óbvios que não falavam disso. Sei lá! Nem me lembro. Eu devo ter lido, porque eu fui ficando sabida, eu tinha que ler em algum lugar. Deve ter sido *Manchete* ou *O Cruzeiro* e jornal, porque eu folheava jornal, eu lia as coisas que me interessavam, não vou dizer que eu lia o jornal inteiro, mas eu olhava, o que me interessava, eu lia. [...] Eu era curiosa, eu lia. Eu escutava as coisas e lia. Enfim, eu sabia que tinha” (Adélia, 11-20, CA).

A família de Adélia não permitia que revistas femininas entrassem em sua casa, mas isso não impediu que lesse sobre as pílulas. A leitura se destacou como uma forma individual de adquirir conhecimento sobre assuntos ainda não autorizados pela família. A curiosidade movia Adélia. Apesar de não saber situar ao certo onde lera sobre as pílulas, aponta que possivelmente

^{xxii} A revista *Nova*- versão brasileira da maior revista feminina do mundo a *Cosmopolitan* - teve sua primeira edição no Brasil em 1973, pela editora Abril. Segundo De Luca (2012), *Nova* estava voltada para o público feminino interessado na carreira e em questões profissionais, buscava atingir mulheres para a qual o sexo não se restringia ao casamento.

foi em publicações nacionais de grande circulação como as revistas *O Cruzeiro* e *Manchete*. Essas revistas não estavam destinadas somente ao público feminino noticiavam assuntos de interesse geral e na esteira das notícias relevantes estavam as pílulas, fato também comentado por Dira:

“*Manchete, Cruzeiro*, sempre trouxeram essas notícias. [...] sempre houve curiosidades sobre isso [pílulas] na imprensa” (Dira, 29-38, CM).

A rigidez moral dos pais pode ter apagado das lembranças das mulheres o contato inicial com a temática das pílulas anticoncepcionais, o que Pollak (1989) chamaria de memórias bloqueadas⁴⁹. A forma e o conteúdo das notícias divulgadas podem ter sido tão impactantes que resultaram em memórias intocadas. Sobre esse aspecto Adélia afirma:

“Eu tenho uma memória péssima. E eu tenho um bloqueio, fase de bloqueio, coisas que eu não me lembro. Era muito dilemático esse período na minha vida, então tem coisas que eu bloqueei mesmo” (Adélia, 11-20, CA).

Os jornais também foram fontes de informação sobre as pílulas anticoncepcionais. Por serem um veículo de publicação diária destinado a todos trazia informações vividas no dia a dia do debate acerca das pílulas anticoncepcionais. Nas páginas dos diários era possível conferir a opinião de médicos, políticos, religiosos, psicólogos, demógrafos, enfim vários personagens que discutiam e opinavam sobre a regulação dos corpos e a concepção de novas normas sociais nos anos de 1960^{24, 86}.

Nas memórias de Solange, que iniciou o uso de pílulas no ano de 1964, o jornal se destacou como um veículo de informação e cumpriu um papel no aprendizado sobre as pílulas:

“Tinha o Jornal do Povo. Acho que era Folha do Povo, Folha. Saía assim, uma coisa assim pequenininha, mas saía. Debate da pílula. E aquilo me interessava” (Solange, 11-20, CM).

O debate das pílulas anticoncepcionais nas páginas do jornal, por menores que fossem as notícias, despertava o interesse de Solange. Este fato mostra preocupações mais gerais de mulheres que utilizavam o “remédio” - como assim chamavam- para a gestão da fecundidade. As matérias “pequeninhas” citadas por ela, nos indicam que falar de pílulas no início dos anos

de 1960 era uma tarefa comedida, meio envergonhada, dita a voz baixa. Quando consideramos que novas normas sociais estavam em jogo, é interessante destacar a discrição das reportagens que falavam a meia voz sobre o produto contraceptivo. Essa inovação tecnológica, elaborada pelas ciências médicas, promoveu discursos sobre o controle da natalidade nos jornais, intensificou os debates sociais sobre moralidade feminina e normas reprodutivas, suscitou controvérsias religiosas, políticas, econômicas e sociais, gerou curiosidade e interesse das mulheres em conhecer seus modos de uso e eficácia contraceptiva.

Lídia que nos anos de 1960 residia em Campina Grande na Paraíba, lembra que as notícias vinculadas às pílulas eram bombásticas:

“Lembro assim de notícias globais dos jornais da Paraíba. *O diário da Borborema* de Campinha Grande, *Correio da Paraíba*, *a União*, *o jornal do Comercio* e a revista *O Cruzeiro*. Uma revista de circulação nacional que era uma coisa meio de miscelânea e tal. Todo mundo sabia que existia a pílula, porque a pílula tinha sido ventilada a Deus e ao mundo, como notícias grandes, mas notícias meio bombásticas, jornalísticas, mas na literatura específica sobre o tema... [não havia informações]” (Lídia, 17-26, CM).

O termo “bombástico” utilizado por Lídia nos remete a compreensão de que os jornais paraibanos utilizavam suas páginas para enfatizar os aspectos polêmicos acerca do uso do medicamento.

A partir de uma análise dos discursos vinculados nos principais jornais de circulação do estado da Paraíba- *Diário da Borborema*, *O Norte*, *Jornal da Paraíba*, Ramos (2009 e 2015) afirma que a pílula era retratada como um objeto de debate para temas como: crescimento populacional, a “esterilidade do casal”, a necessidade de ocupação dos espaços vazios, a desmoralização da honra feminina e o crescimento econômico. O posicionamento contrário ao uso da pílula ocorria por parte daqueles que enfatizavam os efeitos colaterais e os possíveis danos à saúde da mulher. Já os favoráveis ao método, defendiam o controle das famílias numerosas, pautados na minimização da mortalidade infantil por causa da fome, assim como na redução do grande número de abortos provocados^{86,87}. Para Ramos (2009 e 2015), a mulher

era invisível nesses discursos, a individualidade não era colocada em debate, o que importava eram os benefícios coletivos trazidos pelo uso do anticoncepcional^{86,87}.

Lídia que era politizada, de esquerda e militante estudantil considerava que as matérias divulgadas nos jornais e na revista *O Cruzeiro* estavam aquém do que ela gostaria de ler sobre o assunto. Os artigos careciam de informações e esclarecimentos mais específicos e, assim, contribuía de forma limitada para o aprendizado feminino no uso dessa nova tecnologia. Para Blumberg (2013) e Marques (2014), a revista *O Cruzeiro*^{XXIII}, apesar de se intitular moderna e construtora da nova mulher, destinava sua coluna feminina para aconselhar ou prescrever dotes ou dons femininos, criando identidades socialmente ideais para as mulheres, normatizando a concepção de mulher direita, as quais deveriam ter uma vida mais reservada, voltada para o lar, serem boas mães, esposas e donas de casa, sendo puras, doces e resignadas. A pílula era abordada no contexto da sexualidade conjugal, mulheres casadas poderiam utilizar o medicamento a fim de contribuir para economia do lar^{88,89}.

Como geração pioneira, essas mulheres que iniciaram o uso de pílulas nos anos de 1960 foram também expostas às dúvidas e controvérsias sobre os efeitos nefastos do medicamento, tais como, a trombose e o risco do câncer:

[Debate das pílulas nos jornais cariocas] “Na época era muito falada a história da pílula. Na época era o assunto do dia, o assunto que todo mundo comentava. Já existia essa contrapartida, que era muito boa sobre alguns aspectos, mas que poderia trazer algumas consequências, falava-se até que poderia trazer o câncer.” (Laura, 21-30, CM)

[Notícias nos jornais cariocas e rádio] “eles falavam muito que a pílula podia dar câncer, entupir as varizes. A própria medicina, às vezes, falava no rádio. Perigoso era trombose” (Ingrid, 17-26, CP).

^{XXIII} A revista *O Cruzeiro* começou a circular no Brasil em 1928, era lida por homens, mulheres, adolescentes e idosos, moradores de favelas ou mansões, pertencentes à grandes ou pequenas cidades do norte ao sul do país. A revista dedicava entre anúncios e colunas, mais de 50% de suas páginas às mulheres, ditando moda e comportamentos à toda uma geração de mulheres brasileiras (Rio de Janeiro, 2002 e Blumberg 2013).

Dias (2015) ao analisar matérias relacionadas ao debate das pílulas no jornal *O Globo*, no período de 1960 e 1970, mostra a intensidade das discussões envolvendo os efeitos colaterais do medicamento e aponta que sua segurança foi motivo de divisão entre os médicos que apoiavam, e os que condenavam o método, principalmente em função dos riscos relacionados à saúde das mulheres, tais como o câncer, o tromboembolismo e os acidentes cardiovasculares²⁴.

O consultório médico era o local onde as mulheres poderiam adquirir um conhecimento especializado sobre o medicamento. Essa fonte de informação afastava as preocupações com as polêmicas divulgadas na mídia impressa e transmitiam segurança necessária para o uso continuado das pílulas. Liz comenta esse fato:

[Polêmica do uso da pílula nos jornais de Goiânia] “Ah, devia ler, né? Mas não estava preocupada se pílula faz mal, não faz mal. [...] Traria efeitos colaterais. Mas eu tinha um dos melhores ginecologistas de Goiânia e ele era plenamente a favor da pílula. Naquele tempo, havia uma discussão mesmo, vamos dizer assim, metade dos ginecologistas eram contra, metade a favor [...] eu nem me lembro exatamente quais seriam esses efeitos colaterais [...] Mas não deveria se utilizar mais do que uns 4 ou 5 anos.” (Liz, 16-25, CA)

Liz utilizou pílula com prescrição e acompanhamento médico, talvez por isso as notícias divulgadas por revistas não fossem relevantes para ela. A mulher deixa claro em seu depoimento que nem se lembra ao certo dos efeitos colaterais, visto que tinha um dos “melhores ginecologistas” da cidade. A confiança no saber do ginecologista fazia com que a mulher deixasse o seu corpo sob a tutela do médico, o parecer deste era suficiente para a conduta a ser seguida. O médico seria responsável por prescrever e acompanhar o uso do medicamento e definir o tempo adequado de utilização.

Laura comenta que sua mãe enfatizava o papel do ginecologista na decisão final pelo uso do método:

“A minha mãe, principalmente, dizia: ‘vamos conversar com o ginecologista, se ele achar que não tem contra indicações, tudo bem’” (Laura, 21-30, CM).

O ginecologista detinha o conhecimento especializado capaz de definir qual mulher poderia utilizar o método com segurança. Dias (2015) afirma que os médicos defensores da pílula acreditavam que através da prescrição médica do fármaco seria possível estabelecer um uso com menor possibilidade de danos severos à saúde, garantir a constituição de famílias pequenas, contribuir para a moral e para o aspecto social, à medida que favoreceria a redução do número de abortos e a redução da pobreza²⁴. Assim como nas revistas, nos jornais, os médicos eram aqueles que tinham voz e espaço para apresentarem, informarem e responderem às questões sobre esse medicamento.

O saber médico era soberano. Cabia ao ginecologista a palavra final quanto ao uso do método. Caso o médico tivesse um posicionamento contrário à utilização das pílulas, o discurso em torno das incertezas quanto ao uso do medicamento aparecia como fator proibitivo da prática:

“Na época houve uma polêmica muito grande. Era muita polêmica. Acho que nem certos médicos estavam preparados para receber. Então, eles não sei se batiam de frente ou achavam, entre as aspas, que não ia dar certo, e que nós estávamos sendo cobaias. Isso eu me lembro que a médica [disse]: ‘Você vai servir de cobaia, que isso não vai dar certo, Deus criou a mulher pra ter filho.’ Aquelas coisas da época. [...] A polêmica toda era a saúde da mulher” (Solange, 11-20, CM).

A ideia da mulher como cobaia e o Brasil como extensão do campo de prova das pílulas anticoncepcionais foi sendo construída, ao longo desta década, a partir de comentários divulgados nos consultórios, nas revistas, nos jornais ou baseadas em experiências e processos que estavam acontecendo na realidade, tais como os estudos realizados pelas organizações não governamentais de planejamento familiar. Em 1966, a unidade da BEMFAM de Uberaba em parceria com a cadeira de ginecologia e obstetrícia além de prestar assistência e orientação às mulheres que desejavam controlar o número de filhos, também estavam incumbidos de realizar pesquisas com novos medicamentos, inclusive aqueles não comercializados⁹⁰.

Pedro (2002 e 2003) e Dias (2015) comentam, respectivamente, que no início dos anos de 1960 foram veiculadas na revista *Seleções* e no jornal *O Globo*, matérias que defendiam o ponto de vista que os riscos da super população, dos abortos clandestinos e da miséria causada pela prole numerosa sobrepujavam, e muito, os riscos causados pelos efeitos indesejáveis dos contraceptivos hormonais orais^{4,5,24}. Associado à ideia de que o efeito social da pílula era mais relevante que os possíveis efeitos secundários do medicamento, Souza Júnior e Teixeira (2008) afirmam que as facilidades para a entrada e comercialização dos anticoncepcionais nas farmácias expôs o corpo feminino aos experimentos iniciais do medicamento, sobretudo, em função das altas dosagens hormonais e suas consequências⁹¹.

As incertezas que rondavam o método exigiam que as pílulas fossem utilizadas sob supervisão de profissionais que detivessem saberes especializados sobre a tecnologia. Diferente dos chás, da camisinha entre outras estratégias contraceptivas, as pílulas implicavam domínio científico e técnico, profissionais com expertises em farmacologia, fisiologia, que pudessem orientar o uso correto e racional do medicamento. Neste contexto, a farmácia também se destacava como um local qualificado, onde as mulheres poderiam buscar conhecimento sobre as pílulas:

“Eu que cheguei na farmácia e perguntei. Antigamente os farmacêuticos receitavam até remédio pra gente! [...] Ele era ótimo. Às vezes a gente não precisava nem ir a médico, um probleminha a gente falava com ele, ele indicava o remédio certinho. [...]Eu falei que eu queria um comprimido. Eu falava comprimido naquela época. Queria um comprimido que evitasse gravidez, porque eu estava com uma menina pequena e não queria ter filho. Aí, ele também era muito discreto, assim discreto foi lá, falou: ‘Vou indicar isso aqui pra você.’ Que ele já me conhecia desde pequeninha. Que era uma farmácia só em Austin, todo mundo comprava lá, né? Desde o tempo do papai, com a gente pequena, tudo tratava lá. Aí ele falou: “Vou indicar para você essa aqui que é muito boa. [...] Ele falou que essa[Anovlar®] era boa” (Dora, 20-29, CP).

O farmacêutico e os balconistas também foram considerados fontes seguras de informação sobre as pílulas. Conforme o relato de Dora, era comum as famílias, especialmente de camada popular, sem acesso a atendimento médico, procurarem os balcões das farmácias

para se consultar. As farmácias eram pequenas e poucas, geralmente o farmacêutico conhecia as famílias e tinha por hábito medicar os problemas de saúde da população próxima à sua farmácia. Com a chegada das pílulas anticoncepcionais, este profissional além de ser uma fonte especializada de informação, também foi um prescritor informal do método.

As informações sobre as pílulas anticoncepcionais foram compartilhadas entre mulheres de todas as classes sociais. As primeiras informações sobre o medicamento vieram de amigas próximas, mulheres mais velhas da família, primas, vizinhas, pessoas que ouviram conversas dos patrões, dos pais e que daquelas que observaram o comportamento e as atitudes de mulheres que tinham famílias reduzidas. O boca a boca entre mulheres articulou uma rede importante de troca de ideias onde se remodelavam comportamentos e representações do feminino.

“A minha mãe era muito sábia, já era uma pessoa idosa. Uma pessoa daquela época, mas ela já sabia que existia pílula e ela não queria. Ela foi mãe de 10 filhos e não queria para nós: engravidar. Aí eu comecei a namorar aos 16 para 17 anos e então ela disse: ‘Oh, vou te levar numa médica.’” (Solange, 11-20, CM)

[As informações] “Vinham de amigas, vinha de médico mesmo, minha mãe tentando buscar alguma coisa que pudesse me favorecer. [...] várias pessoas, amigas muito próximas” (Joana, 16-25, CM)

Os depoimentos acima demonstram que mães de mulheres que iniciaram sua trajetória afetivo-sexual na década de 1960 - muitas com prole numerosa-, não queriam que suas filhas tivessem a mesma história reprodutiva que elas próprias. A existência de uma preocupação intergeracional com a gestão da fecundidade nos dá indícios que movimentos de transformação nos padrões normativos de fecundidade e maternidade começavam a germinar entre as famílias.

O tema pílulas anticoncepcionais foi tratado nas conversas entre mulheres mais velhas e mulheres mais jovens em função do matrimônio. Ao marcar a data do casório, a contracepção passava a ser um assunto autorizado entre algumas famílias, inclusive as moças eram levadas por suas mães ao consultório médico, em busca da pílula anticoncepcional. O diálogo entre

diferentes gerações, mães e filhas, tias e sobrinhas ou mesmo primas mais velhas e primas mais novas permitia que as mulheres já chegassem ao consultório sabendo da existência das pílulas.

“Casei virgem, um mês antes, dois meses antes do casamento, as pessoas [amigas próximas casadas, mulheres da família] me mandaram tomar pílula. Aí meu pai me levaram no meu médico ginecologista, que era amigo do meu pai, que era médico clínico” (Joana, 16-25, CM)

“Eu sabia que era hormônio [...] pra não engravidar [...] todo mundo usava, todo mundo conhecia. Era um algo comum. [...] Aí eu ia me casar e ter relação e fui ao meu ginecologista que receitou a pílula” (Liz, 16-25, CA).

Fora do circuito pré-nupcial, as trocas de informações sobre pílulas ocorriam entre pares: mulheres da mesma idade, com mesmo perfil social, que mantinham um vínculo de amizade e viviam as mesmas tensões em função da sexualidade fora do contexto conjugal. O diálogo intrageracional ocorria em tom de sigilo, conforme pontuam Laura e Branca:

“Na escola. No colégio era um assunto. Conversa entre mulheres, entre meninas, mocinhas. [...] uma usava, olha estou usando, tá usando? sempre por baixo dos panos os comentários[...] já estava começando a tomar pílula escondido...” (Laura, 21-30, CM)

“A pílula propriamente dita, ela só tomou, digamos uma forma mais real, eu me lembro quando eu já estava na faculdade, primeiro ano da faculdade, que foi em 1967, faculdade de Medicina. Não era muito falado, todos tinham um pouco de receio. Já na faculdade, acho que talvez no primeiro ano da faculdade, eu passei a ter um pouco mais de informação e passei a ter uma necessidade real e comeci a usar nessa época. Era o boca a boca, a informação de mulher pra mulher e a necessidade de você utilizar um método para prevenir um problema maior.” (Branca, 13-22, CM)

“Conversas de amigas, entre amigas mesmo!” (Luana, 6-15, CM)

As mulheres solteiras ainda estavam presas as normas de moralidade que preconizava a virgindade como manutenção da “honra” feminina. Falar sobre contracepção fora do contexto da sexualidade conjugal era algo a ser feito com pessoas muito próximas, “confiáveis”, amigas que viviam a mesma situação, alguém que não fosse colocar em risco a reputação da mulher.

A pílula anticoncepcional chega às farmácias como uma tecnologia médica destinada às mulheres casadas, aquelas que viviam a sexualidade conjugal, esposa dedicada, mãe, que realizaria o controle de sua fecundidade visando a economia familiar ⁷. Pinsky (2014) pontua

que, nos anos de 1960, o termo anticoncepção foi tratado pelas revistas femininas como sinônimo de planejamento familiar e a mulher casada tornou-se referência para o uso, enquanto as solteiras deveriam manter os bons costumes ⁶².

Foucault (1999) ao falar sobre a história da sexualidade afirma que no ocidente, na era moderna, muito se falou sobre sexo e muito se investiu em técnicas de saber e procedimentos discursivos que transformaram a sexualidade em um dispositivo normativo. Entendemos que a chegada da pílula também articula saberes e discursos que incitam ainda mais falar sobre esse tema²⁷. A pílula despertou a vontade de saber acerca de uma tecnologia que traria novas possibilidades para sexualidade feminina, permitiu que tanto a sexualidade como a contracepção fossem discutidas entre gerações diferentes (mães e filhas, tias e sobrinhas, mulheres mais velhas e noivas), entre a mesma geração (perfil social semelhante, estudantes, universitárias), entre classes (patroas e empregadas), no mundo médico (ginecologistas e mulheres, ginecologistas e jornais, ginecologistas e revistas), no mundo farmacêutico (farmacêutico e mulheres, balconistas de farmácia e mulheres) e na mídia.

“Minha prima mais velha foi trabalhar na casa de uma enfermeira que não tinha marido. Ela [a enfermeira] passou mal [e disse]: ‘não entendo acho que estou grávida, mas estou tomando remédio.’ Minha prima curiosa [perguntou]: ‘e serve pra quê?’ [A enfermeira respondeu] ‘Para evitar filho, tomo todo mês. [...] Minha prima [comentando entre as mulheres]: estou tomando esse remédio, agora estou liberada!’” (Jurema, 14-23, CP)

“Foi a minha amiga que usava. Ela disse: ‘Um mês antes, depois da última menstruação, você já tem que começar a tomar [pílula] para quando você casar, você já estar preparada’” (Dora, 20-29, CP).

As experiências compartilhadas entre as mulheres, aos poucos, iam rompendo as áreas silenciadas em torno da sexualidade. patroas e empregadas, empregadas e empregadas, amigas não virgens e amigas virgens, essa rede de informações baseadas no dia a dia da prática foi agregando conhecimento, conceitos e novos sentidos aos usos. Como coloca a prima de Jurema, mais mulheres começavam a descobrir que o sexo poderia ocorrer fora do contexto conjugal, sem o ônus de uma gravidez inoportuna.

Nos anos de 1960, o papel social de mãe e esposa ideal ainda influenciava o comportamento das mulheres, fato que gerava tensões e impunham artimanhas para se falar e principalmente usar as pílulas:

“Algumas pessoas falavam mal. [...] era muito restrito essas coisas, a gente não era muito de conversar isso não, nem em salão de cabelereiro. Ali naquela época, era só falar do meu marido, dos meus filhos, principalmente do marido, ficavam endeusando [risos]...” (Jandira, 14-23, CP)

A partir da fala de Jandira observamos que em 1964, na cidade de São Paulo, o tema pílula não era um assunto corriqueiro em todos os ambientes ditos “femininos”, como o salão de beleza. No entanto, as pílulas já começavam a circular no dia a dia feminino, o assunto já se pronunciava, despertava curiosidade, e provavelmente, mesmo que as mulheres não compartilhassem informações com outras, o assunto era levado aos consultórios médicos, como a própria Jandira o fez. Apesar de ser usuária de pílula, na década de 1960, Jandira jamais comentou ou indicou o medicamento à outra mulher, cultuou o silêncio e o segredo perpetuado por muitas mulheres, que embora não falassem, já utilizavam o medicamento.

Em circunstâncias diferentes daquelas previstas pelo coletivo - controle da população e limitação dos filhos-, o uso racional da pílula para gestação da fecundidade não era plenamente aceito, principalmente entre as mulheres solteiras, fato que as conduzia para uma gestão solitária da fecundidade. A história de Luana é um bom exemplo desse tipo de gestão. Na época, a jovem adolescente conviveu com os medos, mitos e fantasmas que rondavam o uso das pílulas sem dialogar, com quem quer que fosse, suas dúvidas e anseios. Luana tinha 15 anos em 1969, utilizava pílulas sem o consentimento dos pais, não possuía um acompanhamento médico para o uso do medicamento, as informações que possuía vinham exclusivamente dos jornais, fato que lhe causava grande medo e apreensão. Lembra que a infertilidade era o que mais lhe assustava. Luana não podia comentar sobre sua vida sexual com outras pessoas, não ser mais virgem era um segredo, então observava os comentários de mulheres mais velhas da família ou mulheres casadas, informações que a fizeram criar seu próprio modo de usar as

pílulas. A pílula era utilizada por três meses, seguido de um intervalo de 1 mês, desta forma, Luana acreditava evitar os problemas da infertilidade que julgava estar associado ao uso do medicamento.

[Sobre relação sexual e contracepção] “isso eu não podia contar pra amigas e parentes. Eu passei muitos anos tomando pílula, depois eu passei a tomar três meses e descansar um, porque eu fiquei com medo de não engravidar. Eu achava que não ia engravidar, porque eu comecei muito cedo, porque a gente achava que a pílula podia fazer mal. Isso era uma coisa que eu pensava, não sei se tinha esse boato, mas eu tinha essa consciência que teria que fazer um tratamento para engravidar.” (Luana, 6-15, CM)

Entre as mulheres de camadas populares, o boca a boca foi um importante meio de divulgação e informação sobre as pílulas. Apesar das controvérsias e incertezas médicas divulgadas através da mídia impressa, conforme discutido anteriormente, as conversas e as trocas de experiências entre mulheres permitiram que as mesmas fossem construindo seus próprios conceitos acerca das pílulas. Mulheres casadas e moradoras de áreas afastadas do centro carioca aconselhavam a utilização das pílulas, indicavam, alertavam os perigos, assim como mediavam o encontro das mulheres com a assistência médica, sempre que observavam riscos considerados reais para saúde das amigas. Foi o que aconteceu com Dora:

“Antes de eu casar, as meninas já usavam. Eu tinha amigas que já usavam. Eu me casei em 1965. [...] Aí as meninas me orientaram. [...] O comentário era entre a gente. Uma dizia: Ah, eu me dei bem com essa, me dei bem com a outra. Eu tentei várias. [...] ela [a amiga] disse que lá [no serviço de saúde] ia ser melhor porque eu ia ser examinada. Ia ter o controle dos médicos.” (Dora, 20-29, CP)

O “controle dos médicos” era necessário sempre que os efeitos colaterais se faziam presentes. No circuito dessas mulheres, o médico também era reconhecido como gestor desta tecnologia, o detentor do saber especializado sobre o medicamento. O aconselhamento, entre elas, incluía a busca pelo médico sempre que houvesse uma inadequação ao método.

Adélia orientou o uso da pílula às suas empregadas, mas recomendou também a ida ao ginecologista. O conselho para procurar o ginecologista era uma forma da mulher se ausentar

da responsabilidade de estar indicando à outra um produto que poderia trazer efeitos indesejáveis ou mesmo nefastos à saúde.

“Eu falava: ‘eu tomo isso é bom vocês irem ao médico’” (Jurema, 14-23, CP).

“Às vezes eu via [as amigas conversando]: ‘ahh!!! eu estou tomando tal, é melhor que tal’. Eu falava: ‘gente vocês estão malucas! Pergunta, liga pro seu médico’” (Joana, 16-25, CM).

As informações sobre os efeitos indesejáveis da pílula, bem como as complicações graves, tais como trombose e o câncer, eram ventiladas entre mulheres nas ruas das periferias. Se por um lado existia o medo das complicações, por outro existia o desejo em limitar o número de filhos. Entre o risco e o benefício, a maioria das mulheres optavam por observar o cotidiano uma das outras, tomando decisões baseadas nas experiências vividas:

“As pessoas falavam muito [sobre efeitos colaterais]. [...] Eu me preocupava, mas via que não estava fazendo mal, e continuava. Encher a casa, chega!” (Ingrid, 17- 26 anos)

“Eu tinha problemas, mas eu insistia, eu insistia. No meu caso, eu fui uma que insisti pra tomar pílula porque eu não queria [filhos]. Eu vinha de uma família de 10 irmãos. Ih, era uma briga! Era discussão. E a minha mãe coitada. Minha mãe sempre foi tranquila. Minha mãe foi órfã de pai e mãe. Foi criada com as freiras e os padres. Então ela casou pra ter filhos, amava a casa cheia de filhos” (Solange, 11-20, CM)

As mulheres se recusavam a cursar o destino de suas mães. “Encher a casa de filhos” não era o plano das mulheres. O dia a dia da prática foi oportunizando às mulheres a decidir se este era um método adequado ou não. Embora houvesse comentários sobre os riscos, as mulheres foram avaliando se os riscos eram maiores ou menores que o desejo de limitar o número de filhos.

Para Liz, mulher de classe média/alta, que iniciou o uso das pílulas na segunda metade da década de 1960, especificamente em 1966, após o casamento, o boca a boca entre as mulheres foi o principal meio de difusão da prática. Relata que em Goiânia, as jovens universitárias conversavam sobre o uso das pílulas, comentavam sobre os efeitos colaterais, sobre as marcas

e tinham a certeza que o uso da pílula era a melhor forma de evitar uma gravidez, em suas palavras:

“No senso comum, quer evitar filho toma pílula, pílula é boa, pronto e acabou. [...] Todo mundo usava, todo mundo conhecia. Era algo comum [...] Então isso era uma prevenção comum, todo mundo estava na universidade, esclarecidos. [...] Umas amigas tinham efeito colateral, eu não sentia nada. Algumas amigas engordavam, outras não se sentiam muito bem, trocavam de pílula, né? [...] Ah, devo ter indicado muito. Ah, estou tomando essa maravilhosa! [Rindo] Não me lembro detalhe, mas sempre a gente trocava ideias, né? Ah, meu ginecologista mudou a pílula e tal.” (Liz, 16-25, CA)

Tecendo redes de informações, construindo saberes sobre o método, as mulheres brasileiras foram se permitindo decidir sobre a gestão de sua fecundidade, enfrentando tabus sociais, desigualdades de gênero, abrindo caminhos para uma nova geração de mulheres dispostas a falar sobre sexualidade.

Para aquelas que não faziam parte do perfil de mulheres que estavam autorizadas a buscar os consultórios - casadas, com distúrbios ginecológicos, grávidas e puérperas-, o ginecologista não compunha a rede de informação sobre o anticoncepcional. As solteiras tinham vergonha de expor o seu corpo a um homem ginecologista, fato que levou algumas mulheres a procurarem ginecologistas do sexo feminino. O receio de que o médico ou alguém contasse para a família sobre a visita ao consultório, abria a possibilidade de que o motivo da consulta –contracepção- fosse descoberto. Tais precedentes culminavam, como diria Branca, nas prescrições entre mulheres:

“Imagina, se eu ia ao ginecologista! Eu tinha vergonha. Eu tinha vergonha, essa ida ao ginecologista, essa possibilidade de você se permitir isso, veio bem mais tarde [...] a gente tinha medo e vergonha, por mais moderna que a cabeça fosse. Fazia parte da cultura daquele tempo. E a pílula era escondida, você não saía dizendo: estou tomando pílula. Era escondidinha. [...] Então acabava sendo o boca a boca que fazia a prescrição, que na verdade como eram duas, três, não tinha muito o que escolher...” (Branca, 13-22, CM)

O medo e a vergonha exaltados por Branca eram os grandes responsáveis pela automedicação das mulheres. O medo de ser descoberta pela família, a vergonha de ir ao ginecologista, facilitada pela pouca opção de variedade do medicamento, como disse Branca:

“eram duas, três, não tinha muito o que escolher”, bastava conversar com algumas amigas que estivessem na mesma situação (solteiras em atividade sexual) para descobrir qual pílula tomar, qual promovia menos efeitos colaterais e assim foi se desenvolvendo a “independência terapêutica” entre as mulheres. Essa “independência terapêutica”, a qual permite que a mulher utilize o fármaco sem a intervenção médica, é trabalhada por Van Der Geest e Whyte (2011) como fruto do “encanto” dos medicamentos. Tais autores consideram que “os fármacos quebram a hegemonia dos profissionais e habilitam as pessoas a ajudarem a si mesmas. Os medicamentos, portanto, têm um poder “libertador”, particularmente, naquelas sociedades onde é difícil controlar sua circulação e uso”^{92:460}.

Nesta pesquisa, os parceiros não foram mencionados como fontes de informações. O homem atuou como mediador do encontro de sua mulher e o médico, levando sua esposa para obter informações acerca da melhor forma de realizar a gestão da fecundidade, assim como, colaborou no processo de compra e nas estratégias de “descanso das pílulas”, conforme veremos mais adiante.

4.4.2 Saberes Especializados e transações nos consultórios e nas farmácias

Os atores que detinham o conhecimento técnico e científico sobre as pílulas eram os médicos, sobretudo os ginecologistas, e os farmacêuticos. Enquanto os ginecologistas monopolizavam a autoridade clínica, vinculando o uso da tecnologia à prescrição e ao acompanhamento médico, os farmacêuticos mediavam a comercialização, ambos exercendo a vigilância moral e articulando novas associações com o universo feminino. Transitando entre esses dois universos, a bula se destacava como um instrumento que informava as mulheres sobre o produto e disciplinava os corpos femininos para o uso adequado do artefato médico.

O aval médico foi fundamental para a expansão e consolidação da prática contraceptiva hormonal, por meio das pílulas anticoncepcionais. Eles autorizavam, legitimavam e mediavam

o uso correto, seguro e eficaz da tecnologia. Era detentor do saber técnico-científico específico e especializado do medicamento, da capacidade de controlar seus efeitos colaterais, de gerenciar seus usos (contracepção/ distúrbios ginecológicos) e do poder de indica-la.

No caso de Dira e Laura, mulheres que já haviam sido mães, o anticoncepcional foi apresentado e autorizado pelo ginecologista como uma alternativa de limitar o número de filhos, não tendo como foco, impedir ou atrasar o papel social da maternidade.

“Em 1963, foi uma coisa, uma novidade. Apareceu assim meio através do médico. Tinha um parente que era clínico, médico de família. [ele disse] ‘Apareceu agora. Ouvi dizer que tem pílula. O que você acha? Os médicos estão passando.’ Me lembro da hora que estava sentada na frente dele, que eu topei.” (Dira, 29-38, CM)

“Em 1967, meu primeiro contato foi através do meu médico, que na época havia muita controvérsia em relação a ele, ele era bastante criticado. Mas como ele já era médico da minha mãe e eu gostava muito dele, eu fiquei com ele e deu tudo certo. [...]ele era ginecologista, ele que me propôs já que eu queria evitar. [...] sempre tomei com orientação médica”. (Laura, 21-30, CM)

Mesmo reconhecendo que o especialista consultado era “bastante criticado”, Laura tinha confiança em seu médico- que também era médico de sua mãe- e não teve dúvidas em fazer uso do anticoncepcional. Na experiência de nossa participante, o médico foi uma figura central na incorporação das pílulas. Se os jornais traziam os debates e os pontos desfavoráveis, o ginecologista desmistificava e assegurava um uso sem problemas.

Em nossas histórias, os médicos que prescreviam pílulas eram profissionais renomados, intelectuais, abertos as inovações técnico científicas, adjetivos que foram relevantes para aquisição de confiança no profissional e credibilidade no uso das pílulas.

A introdução desta tecnologia contraceptiva, durante a primeira metade dos anos de 1960, foi legitimada pelos médicos dentro do marco matrimonial. Mulheres que viviam relações heterossexuais legítimas ou que estavam em iminência do matrimônio recebiam a autorização do ginecologista para utilizarem as pílulas e realizarem o planejamento adequado do número

de filhos. O casamento era um pré-requisito para aquisição das prescrição de pílulas. Somente as casadas deveriam fazer seu uso ^{62,85}.

“Na época (1964), nós procuramos [o médico], recém casados podia acontecer de engravidar. Eu precisava me cuidar, precisava ir ao ginecologista. Por isso que nós procuramos, por isso que ele receitou” (Jandira, 14-23, CP).

O uso das pílulas vinculado à vida matrimonial implicava na presença do marido. Enquanto alguns delegavam às sogras a tarefa de estar junto às mulheres no momento da consulta, outros acompanhavam a ida de suas esposas ao consultório ginecológico, presenciavam a forma como os médicos falavam sobre sexualidade às suas mulheres e a maneira como o corpo feminino era exposto a outro homem- médico-, controlando e resguardando a honra feminina. O desejo em evitar uma gravidez não estava somente nos planos femininos, os homens também estavam interessados no planejamento familiar. A contracepção deixava de ser resolvida na intimidade do casal e passava a ser compartilhada com o médico. Nesse contexto, a pílula anticoncepcional se destacou como um dispositivo^{XXIV} que mediou os interesses e relações entre mulheres/esposos/ginecologistas, colocando mais uma vez em discurso a sexualidade.

A ida ao ginecologista não era um hábito entre as mulheres. Geralmente, elas buscavam esse especialista quando eram acometidas por alguma intercorrência clínica ou em função de uma gravidez:

“Naquela época a gente quase não ia ao ginecologista.” (Solange, 11-20, CM);

“Ginecologista a gente ia. Não ia muito. Era uma vez e outra” (Dora, 29-38, CM).

“Tinha o acompanhamento da gravidez [...], o pós parto [...] depois quando sentia alguma coisa.” (Laura, 21-30, CM)

^{XXIV} Para Foucault o termo dispositivo significa: “Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos” (Foucault, 2000, p. 244)

Nossos achados indicam que a pílula incrementou as interações entre mulheres e ginecologistas. Em busca do conhecimento especializado sobre o medicamento e do aval médico para utilização, as mulheres recorriam aos consultórios ginecológicos levando o desejo de limitar ou planejar o momento adequado para chegada dos filhos.

[Primeira consulta ginecológica] “Eu ia me casar e minha mãe me levou ao ginecologista para que ele prescrevesse a pílula” (Joana, 16-25, CM).

“Eu comecei a tomar em janeiro de 1966, com prescrição médica, porque eu estava casando, eu ia casar do dia 11 de fevereiro, então procurei esse ginecologista” (Lídia, 17-26, CM).

Embora já na primeira metade do século XX tenham surgido tecnologias médicas que fomentaram um contato mais próximo entre mulheres e seus ginecologistas, tais como, o colposcópio (1924) e a colpocitologia- preventivo- (1950)⁹³, com a chegada das pílulas parece ter ocorrido uma intensificação nessas relações. Os artigos médicos publicados, nos anos de 1960, traziam em destaque a necessidade da mediação médica na indicação das pílulas, segundo Bonan et al., (2017), esses artigos propunham que, antes do uso dos produtos hormonais, deveriam ser realizados exames completos, clínico e ginecológico, a fim de afastar quaisquer processos que pudessem constituir contraindicação terapêutica²³. Assim, a pílula acabou por oportunizar a potencialização de ações como o rastreio de doenças do colo uterino e tratamentos de infecções sexualmente transmissíveis.

“Explicou e passou Primovlar®, eu me lembro direitinho, era Primovlar® e ela explicou que talvez eu pudesse engordar, que ela ia ter que ver. Que eu só poderia tomar 5 anos, que depois desse tempo eu teria que procurar outra alternativa. Na época, ainda eram super dosagens, então ela tinha esse cuidado. [...] Ela fazia então os preventivos. Ela começou a fazer o acompanhamento pra saber negócio de DST, passou pomada”. (Adélia, 11-20, CA)

“[...] Fez uma prescrição, comprei, tomei a pílula três meses, voltei porque ele pediu fazer um controle de saúde. Três meses depois que eu voltei, ele disse: a literatura está colocando muito sim e não na questão da pílula, no sentido dos efeitos colaterais que elas poderiam ter, acho que você deve parar de tomar a pílula. Ele disse, sinto muito mais é melhor você ficar com os métodos mecânicos, porque a literatura está com muitas dúvidas em relação as dosagens hormonais. As dosagens hormonais que não estavam ainda seguradas e quais as consequências na vida futura.” (Lídia, 17-26, CM)

Na fala de Adélia e Lídia observamos que em função do uso da pílula as consultas ao ginecologista passam a ter uma regularidade. A necessidade do acompanhamento da vida reprodutiva (uso da pílula) permitiu que a ginecologista pudesse ampliar o seu cuidado para a atenção à vida sexual da mulher, assim o preventivo foi rotinizado e as infecções sexualmente transmissíveis, chamadas de *DST* no depoimento de Adélia, passam a ser investigadas e tratadas. Em busca das pílulas, as mulheres passam a incorporar rotinas e conhecimentos no campo da saúde reprodutiva.

A alta dosagem hormonal do medicamento era uma preocupação frequente dos profissionais. Dias (2105) ao discutir sobre os riscos das pílulas anticoncepcionais nos anos de 1960, afirma que os médicos dividiam opiniões quanto a segurança do medicamento. Os que se opunham argumentavam que a ciência ainda não tinha resposta precisa para questões como a ação cancerígena do medicamento, e os defensores acreditavam que era um mal necessário frente ao constante crescimento populacional ²⁴.

As incertezas sobre a repercussão futura dessas altas taxas de hormônio no organismo feminino levavam os ginecologistas a estipularem um tempo limitado para o uso das pílulas que, em nossa pesquisa, foi citado 4 à 5 anos. Bonan et al. (2017) discute que nos primeiros anos de circulação das pílulas, as publicações médicas direcionadas aos profissionais de ginecologia, enfocavam que os problemas, indefinições e dúvidas em relação ao uso do medicamento deveriam ser entendidos como transitórios, circunstâncias que seriam resolvidas com mais pesquisas e desenvolvimento tecnológico ²³. O empirismo médico fazia com que os profissionais determinassem por consenso um período de repouso necessário para manutenção da segurança do método.

Os saberes especializados também tinham que estabelecer interlocuções com valores tradicionais, ressaltamos o posicionamento do médico de Lídia, que além de amigo pessoal da mulher, também era católico, como ela mesma descreve:

“Era católico, muito católico, do movimento de casais católicos, ele portanto não tinha evitado. Ele tinha nove [filhos]. Não me lembro se era seis ou nove filhos, porque eles não evitavam, mas como ele era um cara eclético e intelectual, nessa época, em 1966, já era aberto a admitir que suas clientes e pessoas amigas podiam optar por algum método” (Lídia, 17-26, CM).

Apesar da igreja católica não ser favorável ao uso de métodos artificiais de contracepção, existiam médicos católicos que não viam impedimentos no uso das pílulas. Esses seguiam a linha de pensamento, a qual acreditava que os hormônios utilizados na produção das pílulas eram os mesmo que agiam na fisiologia normal do ser humano⁹. No entanto, vozes católicas se pronunciavam nos jornais, debatendo os impactos negativos que a pílula poderia ocasionar pela possibilidade de dissociação da reprodução da sexualidade, afetando as famílias, o sistema moral vigente, contribuindo para promiscuidade e aumento de doenças venéreas²⁴.

Ao contar sua história, Lídia fez questão de enfatizar que a religiosidade de seu médico parecia não influenciar em sua conduta clínica. No entanto, percebemos em seu tom de voz e na articulação de seu discurso, que o fato do médico prescrever pílulas, mas não utilizar métodos de controle de fecundidade era algo inusitado. Não podemos julgar ou afirmar com propriedade se a religiosidade do médico influenciou no curto período de uso das pílulas pela cliente ou, se realmente, as incertezas em torno do método foram o real motivo para interrupção do uso, mas cabe realçar o tom de dúvida de Lídia que mesmo sem apresentar nenhum efeito colateral, durante os 3 meses de uso, renunciou ao método.

Conforme o relato de Lídia, o médico que prescrevia pílulas anticoncepcionais era alguém “mente aberta”, “liberal”, “moderno”, fato que nos indica que essas mulheres estavam buscando também o novo, o além do tradicional, algo considerado pela ciência e pelo saber médico como adequado. Mesmo que houvessem controvérsias sobre o medicamento, o importante era que ele materializava uma modernidade médico-científico-social.

“Ele era um ginecologista renomado” (Lídia, 17-26, CM).

“Ele era muito pra frente[...] liberal! (Laura, 21-30, CM).

“Os ginecologistas que prescreviam pílulas eram mais modernos, mais mente aberta” (Solange, 11-20, CM).

“Ele era moderno!” (Liz, 16-25, CA).

Para Watkins (1998), o diferencial dos contraceptivos hormonais orais estava centrado no seu caráter “moderno”. A pílula foi o primeiro método contraceptivo desenvolvido a partir de conceitos científicos acerca da fisiologia e bioquímica da reprodução, garantindo uma eficácia de 98% a 99%². A comercialização dessa tecnologia médica capaz de mimetizar os processos “naturais femininos” representava uma conquista científica sobre os estudos dos hormônios e da reprodução⁸. O caráter científico dos anticoncepcionais orais proporcionava uma sensação de que as mulheres estavam consumindo o que havia de melhor no âmbito da contracepção.

Atrelado a isso, essa novidade contraceptiva fazia parte de um pacote de mudanças trazidas pelo avanço dos processos de modernização. Usar pílula era estar atualizada com o novo. A mulher “moderna” usava pílulas e exercia uma gestão racional de sua fecundidade. A classe médica brasileira também buscava a “modernidade” em suas prescrições, saber indicar adequadamente, resolver tensões éticas e legais, demarcar a prescrição do método como território exclusivo dos médicos com exigência de prescrição médica para o seu uso⁹⁴ eram questões importantes que marcavam o caráter inovador da tecnologia e a necessidade do médico estar atualizado com a evolução científica de seu tempo.

No âmbito da gestão racional da fecundidade, a crença na prova científica da eficácia das pílulas anticoncepcionais parece ter desbancado os recursos anteriormente utilizados para a contracepção. Capas cervicais e diafragmas, supositórios e pessários vaginais, duchas, preservativos, ‘retirada antes da ejaculação’ e a tabela tornavam-se recursos obsoletos e antiquados. A pílula passou a assumir o topo da hierarquia dos métodos contraceptivos, seu uso passou a ser garantia de uma efetiva gestão da vida reprodutiva.

Essa tecnologia médica também proporcionava outras abordagens terapêuticas, além da contracepção. Através dos múltiplos usos dos hormônios abriam-se novas maneiras de medicar,

intervir e controlar as condições clínicas. A história de Luana ilustra essa possibilidade, assim como revela as apropriações que as mulheres se permitiam fazer diante o uso deste artefato médico. Aos 15 anos, virgem, utilizou Neovlar®, a princípio, com a finalidade terapêutica para tratar um cisto no ovário. O uso do anticoncepcional encorajou Luana a oportunizar o início de sua vida sexual, fazendo uso do medicamento como um contraceptivo.

“Foi a primeira vez que eu fui ao médico ginecologista, eu ainda era virgem, mas já estava com mioma, não era mioma era cisto de ovário, era um cisto mole, líquido que enchia e esvaziava, chegou meu ovário ficar do tamanho de uma laranja. Ele disse que era um hormônio que eu ia tomar, que eu tinha chance de eliminar esse cisto com a pílula, e acabou que deu certo, fiquei muito feliz que eu não precisei cortar minha barriga, para tirar o cisto, na época não tinha laparoscopia. [...] meses depois o cisto esvaziou. [...] eu continuei tomando por minha conta, já para evitar a gravidez, porque eu comecei a ter relacionamentos” (Luana, 6-15, CM).

As possibilidades terapêuticas do uso dos hormônios também estiveram em pauta nos artigos publicados pelo jornal “O Globo” nos anos de 1960. Segundo Dias (2015), a oportunidade de utilização do medicamento em distúrbios ginecológicos e endócrinos- ciclos menstruais alterados, acnes, cólicas menstruais, endometriose e outros, foram argumentos utilizados pelos defensores da pílula²⁴. Estes usos diversos, também reforçavam a necessidade das expertises médicas na indicação do medicamento.

Nos anos de 1960, o posicionamento médico em relação às prescrições de pílulas para mulheres solteiras perpassava pelas complexas discussões acerca da moralidade feminina. Enquanto médicos “mente abertas” prescreviam pílulas, outros mais tradicionais achavam que a pílula era uma semente nefasta frente à moralidade das mulheres⁸⁷.

Sob influências das polêmicas em torno da “honra” e da “moral” feminina, os profissionais de ginecologia aceitavam ou não prescrever pílulas para mulheres solteiras, o depoimento de Solange nos mostra essa barreira:

Eu comecei a namorar aos 16 pra 17 [1964/1965] [...] a minha mãe viu que a gente começou a namorar, né? Aí já viu. Ficou preocupada. E a médica inclusive foi contra, na época, comprar pílula. E ela me achou muito nova, que as pílulas parece que ainda estava começando, dava muito problema. Aí minha

mãe trocou de médico. Era um senhor. [...] Eu fiquei com muita vergonha. Eu fiquei com medo dele querer fazer algum exame, muito medo. Eu fiquei muito nervosa, na ante sala do médico, depois é que a gente entrou. E aí eu não me lembro. Me lembro das palavras dele, ele dizia assim: não! é melhor evitar do que ter filhos, botar filhos no mundo, a sua filha é muito nova. Invés dele falar comigo falava tudo com a minha mãe. Nunca me perguntou nada. Era tudo a minha mãe. Aí minha mãe me olhava, eu olhava pra ela. [...] Mas ele queria conversar com meu namorado, que na época era meu namorado e a mamãe ficou com vergonha de falar, porque não queria dizer pra ele, que ela tinha levado a filha num médico, para se precaver. Dali eu comecei a tomar a pílula. Aí eu saí do médico homem e passei pra doutora que eu já tinha mais liberdade com a doutora. Era uma médica muito boa, muito atenciosa, verdadeira, era contra o aborto.” (Solange, 11-20, CM)

O relato de Solange nos mostra posições heterogenias entre os profissionais, não somente em relação aos problemas de segurança e iatrogenia, mas também em relação à moral feminina, em seu caso especificamente, o profissional pressupõem que ela estava para casar, por isso concorda em prescrever o medicamento.

Conforme apresentado por Pinsky (2012 e 2014), as pílulas eram uma tecnologia produzida para as mulheres casadas^{62,67}. Enquanto a norma estava estabelecida para o grupo de mulheres casadas, as solteiras ainda sofriam com o preconceito da moral e dos bons costumes. Não foi fácil para Adélia, em 1969, solteira, entrar em uma “clínica de senhoras” em busca de uma prescrição de pílulas. Aconselhada por uma amiga próxima que lhe indicou uma ginecologista mulher, ela encontrou uma ginecologista sensível, que lhe acolheu e lhe prestou um atendimento livre de preconceitos sociais.

“Ela era muito atenciosa, muito. Conversava muito, entendeu a minha situação. E eu ia escondido, eu entrava parecia que eu estava entrando numa boca de fumo assim. [Risos] Olhava pra um lado, olhava pro outro, entrava no prédio morrendo de medo pra ir na ginecologista escondido. Eu queria pílula. Eu queria uma prescrição de pílula. Eu me surpreendi com a naturalidade dela. Eu tinha tantos medos e foi uma pessoa com quem eu conversava muito, aí ela me explicou muita coisa. Ela era muito didática. Uma pessoa muito interessante.” (Adélia, 11-20, CA)

A terminologia “clínica de senhoras” nos dá indícios, que na década de 1960, ainda não era comum “moças” frequentarem o ginecologista. Ir ao ginecologista era um hábito adquirido após o casamento e a vinda dos filhos. Mas Adélia enfrentou essa barreira, assustada e com

medo, às escondidas, buscou atendimento de uma profissional do sexo feminino. Julgou menos “vergonhoso” contar sua vida sexual a uma mulher, do que contar sua intimidade para um profissional do sexo masculino.

Jurema buscou atendimento ginecológico em 1968, quando tinha 22 anos, segundo ela:

“A gente precisava ir ao médico porque já começava a campanha de fazer preventivo” (Jurema, 14-23, CP).

Embora ela fosse sexualmente ativa, desde os 16 anos, só recebeu uma prescrição de pílula aos 27 anos, quando se casou:

“Quando eu tinha 27 anos, nós nos casamos. Continuei [usando pílula] porque aí eu pensei agora tenho uma vida, séria, certa, diária, tenho um marido, ai fui ao ginecologista que inclusive me trata até hoje, ele era amigo do meu ex. Expus minha vida pra ele e ele me passou, me explicou tudo, me passou exames” (Jurema, 14-23, CP).

Na fala de Jurema, é com o matrimônio que se cria a possibilidade do uso das pílulas. Embora a mulher relate ter recebido assistência ginecológica com realização anual de preventivos, a sexualidade de Jurema nunca foi abordada. O profissional que a atendeu não conversou sobre métodos contraceptivos, não oportunizou um método para que a mulher pudesse vivenciar sua sexualidade sem o risco de uma gravidez indesejada. Do mesmo modo, a mulher não se permitiu “expor sua vida” ao médico, antes do casamento. Nas relações das mulheres solteiras com os ginecologistas, assuntos como contracepção e aborto (Jurema fez nove) não estavam em pauta.

O casamento foi o “marco” para que Jurema buscasse um atendimento médico voltado para sua saúde sexual. O matrimônio foi pré-requisito para que ela pudesse tocar no assunto e receber o consentimento médico para o uso das pílulas. A “vida”, “séria”, “certa” da mulher, nos anos de 1960, começava com a sociedade conjugal, a qual permitia o planejamento familiar autorizado pela medicina.

As mulheres viam nos ginecologistas, profissionais detentores dos saberes especializados sobre o método e habilitados a prescrever, avaliar, controlar, autorizar, enfim, garantir o melhor

uso da tecnologia. Contudo, existiam desigualdades de classe no atendimento médico dispensado pelos serviços privados e públicos às mulheres de classe média/ alta e mulheres de camadas populares. De um modo geral, as mulheres de classe média/alta nos contaram ter recebido uma assistência médica privada, atenciosa, com orientações e acompanhamento regular para o uso das pílulas. Já as mulheres de camadas populares receberam um mínimo de informações ao mostrarem seu desejo pela contracepção e o retorno era baseado em intercorrências com o uso do anticoncepcional.

O sistema de saúde vigente no Brasil^{xxv}, nos anos de 1960, estava separado entre medicina previdenciária e saúde pública^{94,95}. O indivíduo que não contribuía ou não era um dependente da medicina previdenciária tinha, muitas vezes, que recorrer a assistência médica privada ou aos serviços de caridade e filantrópicos mantidos pela igreja⁹⁶.

Jéssica mulher negra, de pertencimento social popular, não era beneficiária da previdência social, por isso recorreu a um consultório da assistência privada a fim de obter conhecimentos específicos sobre a pílula. A mulher nos contou que ao pedir um medicamento para evitar filhos, o médico apenas escreveu o nome do medicamento na receita e lhe entregou dizendo que era um anticoncepcional e evitaria a gravidez. Nada mais foi lhe dito. Informações quanto ao uso do Lindiol®, efeitos colaterais, alertas de alta dosagem, tudo foi conhecido através da bula. A bula pode ser considerada um instrumento de saber especializado sobre o medicamento, ela continha as informações que deveriam ser do domínio dos expertises no assunto.

“Foi o médico que prescreveu. Ele só falou que eu tomasse anticoncepcional, que era para eu não ter mais neném. Fez a receita para eu comprar na farmácia. Foi pela bula que eu comecei a tomar o remédio.” (Jéssica,13-22, CP)

^{xxv} Sobre o sistema de saúde brasileiro ver também: Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434 e Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. Physis: Revista de Saúde Coletiva. V.1, N. 1, p. 77-96, 1991 e

“Eu fui no médico ginecologista porque a gente vai sempre. Todo ano a gente vai fazer o preventivo. Ai eu conversando com ele que não queria mais filho, ele receitou Microvlar®” (Ingrid, 17-26, CP).

No início dos anos de 1960, no Rio de Janeiro, no intuito de aumentar a cobertura do exame preventivo, anteriormente realizado apenas por ocasião de consultas ginecológicas, a Fundação das Pioneiras Sociais organizou campanhas volantes para o atendimento de mulheres de camadas populares⁹⁷. No entanto, conforme apontado na fala de Ingrid, assim como na história de Jurema, o acesso ao exame preventivo não necessariamente oportunizou às prescrições de pílulas. Para Ingrid a oportunidade de ser usuárias de pílulas aconteceu pelo seu interesse em buscar através do ginecologista o conhecimento especializado para o uso do medicamento. Assim, em 1969, após o sétimo filho ela aborda o médico sobre seu desejo de não engravidar. No decorrer de sua trajetória reprodutiva, nenhum profissional lhe ofereceu pílulas anticoncepcionais ou mesmo outra forma de contracepção. Suas necessidades no campo da reprodução permaneceram invisíveis.

Dora, que também era negra de camada popular, conheceu as pílulas anticoncepcionais através de uma amiga que a incentivou a procurar assistência médica gratuita na Maternidade Escola de Laranjeiras. Embora o nome BEMFAM não tenha ficado registrado em suas memórias, a descrição do local e dos serviços prestados nos leva a crer que ela participou das ações de planejamento familiar desenvolvidas por esta instituição não governamental que atuou dentro da Maternidade Escola de Laranjeiras, durante a segunda metade da década de 1960:

“Assistia palestra, assistia. Eles passavam slide pra gente mostrando todo o nosso órgão sexual, nosso útero, ovário, as trompas, e mostrava como que era o efeito da pílula. Eles mostravam o tamanho do pênis, que não ia chegar lá. Pra gente não ficar com medo de ter relação. Aí mostrava. Por maior que seja. Tinha uma enfermeira tão engraçada. Pegava uma régua: Por maior que seja, não vai alcançar. Aí mostrava. A gente ria, né? Era divertido. [Risos] Aí ela mostrava tudo direitinho pra gente, pra gente vir sem dúvidas.” (Dora, 20-29, CP)

Segundo o depoimento de Dora, a assistência prestada pela Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) incluía orientações sobre anatomia, fisiologia e planejamento

familiar, buscando esclarecer dúvidas sobre o ato sexual e sobre o uso das pílulas³. Em uma época em que o serviço público de saúde era deficitário atendendo prioritariamente os beneficiários da previdência privada ^{95,96}, os serviços da BEMFAM funcionaram como um suporte para as mulheres pobres que queriam escolher o melhor momento de terem seus filhos.

Se com os médicos havia uma relação pautada na confiança e no conhecimento técnico científico, mas medida pela vigilância moral e do bons costumes, nas farmácias não era diferente. Na esteira dos saberes especializados e autorizados sobre as pílulas, os balcões das farmácias se destacaram como interface entre mulheres e a tecnologia. Enquanto as mulheres casadas tinham salvo conduto para acessar aos balcões, seja apresentando a receita médica ou não, as solteiras tinham que lançar mão de alguma estratégia para conseguir obter o produto, evitando constrangimentos.

Dira iniciou o uso da pílula em 1963, mulher casada, com 32 anos, utilizou a prescrição médica para se dirigir ao balcão da farmácia e solicitar pelo nome, o medicamento:

“Só com receita. [...] Anovlar® talvez, mas não posso garantir. Certamente era eu quem comprava. Era eu que cuidava de mim. [...] Não, eu não tive não [Constrangimento]. [...] A pílula tinha um nome, chegava lá, pedia o remédio, não me lembro de nenhuma dificuldade. Eu sei porque era minha responsabilidade.” (Dira, 29-38, CM)

A autorização de Dira para a compra do medicamento estava materializada em sua receita médica. A mulher relata que não teve dificuldades com a compra. No entanto, enfatiza que chegava lá e pedia o “remédio”, termo que no senso comum remete a tratamento, algo que foi autorizado pelo médico, principalmente por conter uma prescrição. As características de Dira, aos olhos do balconista, mulher madura e provavelmente com filhos, casada (deveria usar aliança), certamente passava pela avaliação do profissional que não emitia julgamento de valor que pudesse ser traduzido pela mulher como constrangedor.

Portar uma receita de anticoncepcional significava ter recebido o aval médico ou mesmo uma autorização moral para o seu uso. No depoimento de Laura, a preocupação com a moral

feminina é enfatizada quando a mesma diz que não se falava abertamente sobre pílulas, entregava-se a receita e pedia o “remédio”:

“Comprava mensalmente, ele já dava duas a três caixas na mesma receita. Quando você conhecia o dono da farmácia ou o farmacêutico, ele vendia (sem receita). Eu acho que vendia, a gente morava ali há muitos anos, era diferente. Mas a pílula na época, você ia lá no balcão, entregava, não era muito falada abertamente, não se usava pílula, era o remédio anticoncepcional. Eu vim comprar esse remédio” (Laura, 21-30, CM)

A venda de produtos femininos nas farmácias, especialmente aqueles destinados ao corpo da mulher era vivida de forma coibida e discreta, os absorventes eram vendidos embrulhados em papel opaco, às escondidas. Com a chegada das pílulas, os pudores em solicitar um anticoncepcional para gestão da fecundidade, algo íntimo, também trouxe embutido valores que precisavam ser resguardados. Um jogo de palavras passou a ser utilizado para contornava os pudores sociais que perpassavam a compra do medicamento. O contato com o farmacêutico ou balconista era mediado pela busca do “remédio”, termo que ocultava a finalidade do produto. A existência da receita médica era o certificado de que aquela mulher não estava em uma posição socialmente incorreta, ela tinha o consentimento médico para uso das pílulas, ela havia passado por uma avaliação para o uso.

Comprar o anticoncepcional em uma mesma farmácia localizada próxima a residência, tornava o uso da receita desnecessário. Enquanto na primeira compra era fundamental a existência do certificado médico, depois que isso tornava-se um hábito, ou seja, depois que o farmacêutico já estava ciente de que aquela mulher estava autorizada a fazer o uso do medicamento, a receita era esquecida.

“Eu fui lá [na farmácia] com a receita e sem problema nenhum. [Depois] não precisava mais da receita. Acho que não precisava de outra receita não, que eu lembre não. Conseguia comprar” (Joana, 16-25, CM).

“[o médico] Me deu receita, mas depois eu conseguia comprar sem receita. Era tranquilo, sem problema nenhum” (Ingrid, 17-26, CP).

A prescrição médica, materializada na receita, sinalizava que o julgamento se devia ou não usar a pílula, se era correto ou não, a avaliação moral já havia sido feita pelo médico. Dira, Laura, Joana e Ingrid compraram suas pílulas inicialmente com receita, para estas mulheres não houve nenhum tipo de constrangimento no momento da compra. Cabe ressaltar que todas compraram em situação de matrimônio, possivelmente utilizando suas alianças, em farmácias locais, onde o farmacêutico conhecia suas famílias e poderia consentir, sem comentários constrangedores, a compra sem receita.

Luana, filha de proprietário de farmácia, comenta que não existia a exigência de solicitar a receita médica para a venda da pílula.

“Eu sei que não se exigia receita para se tomar pílula, como não se exige até hoje, a pílula é liberada” (Luana, 6-15, CM).

Apesar da pílula ser “liberada”, existia sim, mesmo que implicitamente, um constrangimento, uma vergonha por parte das mulheres em recorrer a um dispositivo que iria controlar o nascimento de seus filhos. Mais do que vender sem a receita, não se comprava sem a receita. Isso é reconhecido pela atitude das mulheres casadas que faziam questão de levar consigo a receita médica, mesmo sabendo que ela não era uma exigência.

“Eu chegava com a mesma receita que a doutora tinha passado. Aí ele falava: ‘É esse o remédio que a senhora toma?’ Eu digo: ‘É.’ Aí eu comprava” (Jéssica, 13-22, CP).

“Só com receita! [...] era eu quem comprava” (Dira, 29-38, CM)

“Naquela época não vendia sem receita” (Jandira, 14-23, CP).

A receita facilitava a iniciativa da compradora em ir aos balcões da farmácia em busca do anticoncepcional, assim como, regimentava os valores morais que não precisariam mais serem julgados pelos balconistas. Para algumas mulheres casadas era fundamental o uso da receita, o que demonstra que elas nutriam um pudor em relação a compra do contraceptivo. Jandira, que na época era muito jovem, nunca comprou sem receita, inclusive achava que essa era

obrigatória. A fala de Jandira nos dá pistas de que era possível que o farmacêutico exigisse a receita médica, principalmente das mulheres jovens.

Dias (2015) comenta que no final da década de 1960 e ao longo dos anos de 1970, a intensificação dos debates sobre a segurança das pílulas fomentou reivindicações dos médicos brasileiros pelo uso dos contraceptivos sob orientações, prescrição e vigilância médica, reclamando a regulamentação da venda desses produtos a partir da exigência da receita. Essas discussões alcançaram a Comissão de Justiça da Câmara dos Deputados (1968), cujo projeto para regulamentação dos contraceptivos nunca foi aprovado, e o Ministério da Saúde, que ano de 1970, através da portaria n.40, estabeleceu a obrigatoriedade de apresentação da receita médica para a venda das pílulas. No entanto, essa portaria jamais se transformou em lei e os anticoncepcionais continuaram a ser vendidos livremente nas farmácias, sem qualquer fiscalização²⁴.

A história de Solange nos mostra que as tensões sobre a exigência da receita não era um problema enfrentado nos balcões da farmácia, mas sim, os julgamentos de valores frente às mulheres jovens usuárias de pílulas:

“Eu chegava com a receita e comprava. O homem me olhava com cara de menina porque eu tinha cabelo liso, franjinha, parecia uma menina, porque sou pequenininha, minhonzinha, né? Uma das vezes eu lembro que o farmacêutico perguntou: ‘cadê seu marido?’ Aí fiquei constrangida e não voltei mais. Meu marido é que comprava. Por isso que as vezes ele comprava a pílula. [...]Eu já tinha meus 19, ou 18, 20 anos e ele ainda estava perguntando pelo marido. Que eu sempre fui minhonzinha e por mais que ele não quisesse, era normal uma menina de 16, 15 ter filhos. Mas assim pra tomar pílula eles ficavam meio receosos, né? Você vê? Concordava em engravidar e não concordava em... (tomar pílula)” (Solange, 11-20, CM).

No caso de Solange, apesar de estar casada e comprar anticoncepcional com receita, o fato de ser muito jovem chamava a atenção dos balconistas. Possivelmente os vendedores faziam julgamentos de valores por Solange realizar contracepção antes de procriar, ou mesmo achavam que a mulher estaria fraudando sua situação conjugal e utilizando receituário de sua mãe. A pílula era vendida, mas os profissionais da farmácia não se abstinham de fazer

comentários e tentar censurar os usos socialmente incorretos da tecnologia. Dessa forma, farmacêuticos e seus balconistas corroboravam com a manutenção da norma que estabelecia que somente mulheres casadas estariam autorizadas ao uso das pílulas anticoncepcionais ^{62,85}.

Mulheres jovens sabiam que era possível comprar pílulas anticoncepcionais com ou sem receita médica. No entanto, aplicavam a si mesmas as normas que circulavam e acompanhavam o remédio, gerando constrangimentos. Comprar as pílulas nessas circunstâncias exigia superar as amarras morais, “encher o peito de coragem” e pedir pelo nome, o medicamento, no balcão da farmácia.

“...Eu até comprei, mas não podia ser na farmácia do meu pai, de jeito nenhum. A gente ficava bastante encabulada. Não tinha quase mulher no balcão de farmácia, era só homem, então você tinha que lidar com homem mesmo. Mas eu enchia o peito, dava meu ar de metida e enfrentava. Eu devia falar o nome da pílula, naquela época não tinham muitas, eram poucas.” (Luana, 6-15, CM).

A vergonha e medo estavam centradas na necessidade de enfrentar, em geral, os balconistas homens, o julgamento de valor, os olhares de condenação, as faces de reprovação, atitudes que incomodavam e constrangiam as mulheres que não utilizavam uma aliança no dedo. Pedir o anticoncepcional utilizando o nome do fármaco era uma forma de mostrar intimidade com o produto e demonstrar que já fazia uso há um tempo. A situação não era confortável, tanto que a mulher recorria a diferentes estratégias para comprar o anticoncepcional, as quais discutiremos mais adiante.

Nenhuma mulher deixou de comprar pílulas por não ter receita ou ser solteira. A farmácia funcionou como um ambiente de vigilância sobre as normas que regiam o uso das pílulas, mas não de restrição a sua venda. Destacou-se como fonte de informação especializada sobre o medicamento, indicando ou mesmo sugerindo novas marcas com dosagens hormonais menores:

“[o vendedor falava sobre outras marcas] Falava. Falava. Mas eu dizia: ‘Não, eu quero esse que eu já estou pedindo, que eu já estou acostumada com esse.’ Ele mostrava lá uma porção. Dentro da vitrine tinha uma porção de anticoncepcional. Mas eu dizia: ‘Não, o meu é o da caixinha azul.’ Falava [vendedor] que aquele era novo e era melhor do que aquele que eu estava tomando e eu dizia que não.” (Jéssica, 13-22, CP)

“Eu acho que tinha de oferecer outras marcas sim, tinha... sempre oferecia alguma outra. [Diziam] Que dava no mesmo, o preço era melhor”. (Joana, 16-25, CM)

A partir de nossas histórias constatamos que na década de 1960, os farmacêuticos, assim como os balconistas de farmácia, acabavam por indicar pílulas às mulheres, evento sinalizado pelas mulheres casadas, não ocorrendo relato pelas solteiras. Richers e Almeida (1975), entrevistando farmacistas dessa época, afirmam suas indicações e acrescentam que essas eram baseadas nas justificativas de que o produto ofertado era “mais seguro”, “mais eficaz”, “mais prático”, “maior facilidade”, “mais higiênico” e “mais moderno”^{10:14}.

Não foi relatado por nenhuma mulher a existência de propagandas de contraceptivos hormonais orais nas farmácias, durante os anos de 1960. Este fato é compreensível, visto que até o ano de 1979 vigorava a Lei das Contravenções Penais, a qual proibia a divulgação dos contraceptivos.

As estratégias de comercialização do produto também recorriam às produções de saberes em torno da indicação, apresentação e distribuição das pílulas. Menezes (2011) descreve que a indústria farmacêutica estabeleceu algumas artimanhas para driblar a lei brasileira e poder comercializar os anticoncepcionais orais. Uma delas foi associar a indicação do medicamento a distúrbios ginecológicos, tratando os anticoncepcionais orais por “anovulatórios” reguladores do ciclo. Outra diz respeito a apresentação do produto. Embalagens no formato de disco, como aquelas utilizadas por Jandira (Novulon®) e Branca (Novulon S®) eram publicizadas em revistas médicas, em alusão comparativa ao pó compacto (maquiagem feminina), induzindo médicos a prescreverem uma forma mais discreta do anticoncepcional. A necessidade de embalagens discretas para o produto “não existiria se não houvesse uma demanda e mulheres tomando suas pílulas às escondidas”^{7:7}.

Solange destaca que no ano de 1964 faltavam pílulas nas prateleiras de algumas farmácias do Largo do Machado, RJ:

“Eu sei que faltava muito. Tinha muita falta de pílula. Também tinha isso. Também tinha isso. Você ia comprar eu acho que os laboratórios não faziam o suficiente ou naquela época eu não sei se era um laboratório ou dois” (Solange, 11-20, CM).

Essa observação feita pela mulher poderia ser fruto da crescente demanda do produto, ou pelas dificuldades enfrentadas pela indústria farmacêutica que produzia a pílula em solo brasileiro, mas importava a totalidade dos ingredientes ativos (o progestógeno e o estrôgeno) do exterior¹⁰. Estudos de Richers e Almeida (1975) apontam que a indústria farmacêutica aumentou o número de laboratórios produtores de quatro para treze entre os anos de 1966 e 1972, em 1975 existiam um total de 25 marcas e 47 produtos no mercado. No mesmo ano, também foi possível constatar uma elevada diferença entre os preços, em parte, refletida pela diferente composição química dos diversos produtos, assim como os frequentes lançamentos de produtos novos¹⁰.

No circuito dos saberes especializados havia um dispositivo que mediava transações diretas, menos visíveis, entre a indústria farmacêutica e as mulheres - a bula-. Sem a intermediação dos médicos e ou dos farmacêuticos, esse instrumento permitia que as compradoras aumentassem seu domínio técnico sobre o medicamento, o modo de uso e suas percepções sobre o corpo.

As mulheres que utilizaram pílulas anticoncepcionais nos anos de 1960, especialmente as de pertencimento social popular, citaram a bula como um importante instrumento de informações acerca do medicamento. A leitura da bula favoreceu a aquisição de conhecimentos gerais sobre o medicamento, o modo de uso e os possíveis efeitos colaterais. Tais conteúdos subsidiaram o início da prática contraceptiva para algumas mulheres, como foi o caso de Jéssica

“Lia só a bula. Lia só a bula. E a bula me dizia tudo. Tudo, tudo” (Jéssica, 13-22, CP)

Segundo Caldeira, Neves e Perini (2008), a bula é reconhecida como um importante meio de informação sobre medicamentos aos pacientes, participa da promoção do uso racional dos

fármacos, alertando sobre os riscos da automedicação, da interrupção do medicamento, empodera o indivíduo e altera sua capacidade de questionamento frente ao atendimento médico prestado ⁹⁸.

Jéssica, cerceada pelas privações familiares, não participou do circuito de informações entre mulheres sobre as pílulas anticoncepcionais. No ambiente familiar este também não foi um assunto pré-nupcial. Somente após o nascimento de seu primeiro filho, a mulher que estava mergulhada em um casamento de conveniência e sem amor, buscou auxílio profissional para realizar o controle da fecundidade. No entanto, não ficaram registradas em sua memória um atendimento esclarecedor por parte do profissional ginecologista.

“Foi o médico que prescreveu...ele só falou que eu tomasse anticoncepcional, que era para eu não ter mais neném. Fez a receita para mim comprar na farmácia. [...] Foi pela bula que eu comecei a tomar o remédio” (Jéssica, 13-22, CP).

Apesar de ter recebido uma receita médica, Jéssica tomou conhecimento do modo de uso e dos efeitos colaterais, através das informações da bula do Lindiol® e do Anfertil®. O acompanhamento do uso foi feito pela mulher e sua leitura. Através da bula, Jéssica avaliava se o remédio estava sendo adequado ou não. A bula lhe instrumentalizou para o agenciamento de sua vida reprodutiva. O saber médico tornou-se acessível à Jéssica por estar contido na caixa do medicamento, a bula agregava o valor de um conhecimento verdadeiro e autorizado sobre o fármaco.

A maneira como esse material foi utilizado pelas mulheres deste estudo aproxima-se daquilo que Barros comentava sobre sua utilidade, em 1983: “As bulas servem, junto a vários outros veículos promocionais como mecanismo para incrementar as vendas, especialmente ao favorecer ou facilitar a automedicação” ^{99:382}. O autor refere que a bula transforma-se em “burla”, à medida em que, minimiza efeitos colaterais ou contra- indicações, de preferência usando linguagem mais técnica, e amplia a gama de indicações ou efeitos terapêuticos de modo mais acessível ao leigo. Em referência a uma pesquisa de 1974, realizada na América Latina,

apresenta que as bulas dos anticoncepcionais orais recomendavam além da contracepção, o controle da tensão pré-menstrual, menopausa, dismenorreia, não constando em diversas apresentações comerciais advertências quanto às reações desfavoráveis ⁹⁹.

A história de Jurema nos mostra como a usuária de pílula interpretava essas informações lidas na bula e como construía seus próprios conceitos acerca do uso do medicamento. No ano de 1964, a jovem de 18 anos iniciou o uso da pílula através da indicação de uma prima. No entanto, a prima só lhe informou o nome do remédio: Anovlar®. Informações acerca do medicamento, ela obteve lendo a bula:

“Foi mais a bula. Fui ler. Eu disse: posso sim! Não tenho doença nenhuma, não tenho nada no meu coração. Vou tomar. Tomei durante um bocado de tempo. Parava. Fazia isso: quando terminava com o namoro, parava. Tomava como estava dizendo na bula, sempre, não me importava que as vezes tinha as contra indicações, mas eu não me importava com o que estava dizendo, era saudável”. (Jurema, 14-23, CP)

A bula era uma referência para guiar o modo de uso, através dela Jurema poderia seguir o passo a passo na condução da gestão da fecundidade, os efeitos colaterais poderiam ser reconhecidos e as contra indicações “avaliadas” de acordo com o que a ela entendia por saúde, ela própria conferia seu aval para o uso. Jurema se definia como “saudável”, condição que lhe permitia utilizar a pílula sem preocupações.

Sem dúvidas a bula foi um instrumento que permitiu às mulheres estabelecerem seus próprios critérios de uso, definirem seu perfil de usuária, decretarem se poderiam ou não utilizar o anticoncepcional oral. A responsabilidade da contracepção estava centrada em suas ações, independente da vontade ou ação masculina, independente de recomendação médica, independente das convicções sociais que ditavam ser a pílula um objeto de uso das mulheres casadas.

Outrossim, a bula permitia que a mulher “solteira”, longe dos olhos e das discriminações da sociedade, adquirisse conhecimento técnico e produzisse também autoconhecimento sobre a pílula.

Entre as mulheres de classe média/alta, a leitura da bula não foi algo que ficou marcado em suas lembranças, algumas não se recordaram se de fato leram, outras sinalizaram que confiavam em seus médicos ginecologistas e talvez não lessem. Para essas mulheres, o aprendizado sobre as pílulas se deu através das interações com seus médicos e nas relações de confiança que foram estabelecidas.

“Não me lembro, devo ter lido, mas eu tomava com prescrição médica.”
(Laura, 21-30, CM).

“Devo ter lido, não lembro, faz muito tempo, mas eu confiava no meu médico.” (Liz, 16-25, CA)

Para as mulheres de camadas populares que sofriam com a carência de assistência à saúde, esse instrumento cumpriu um papel pedagogizador. A bula foi um recurso para a aquisição de informações específicas e especializadas sobre o medicamento, promoveu a rotina de observação do corpo e das condições de saúde da mulher, inseriu o vocabulário médico no cotidiano feminino e ensinou o modo de uso das pílulas.

A partir da memória dessas mulheres constatamos que a pílula foi um objeto que marcou relações de saber e poder; entre médicos e mulheres, destacamos o monopólio da informação “verdadeira” pelos ginecologistas e o desejo das mulheres pelo aval médico para garantia da segurança no uso do método, com efeitos de aproximação entre esses atores; entre farmacêuticos e mulheres, ressaltamos a reprodução dos padrões de moralidade nos balcões da farmácia e o papel da receita como instrumento de controle; entre a bula e as mulheres, revelamos um instrumento de libertação frente aos farmacêuticos e médicos, empoderamento feminino e recurso para automedicação.

4.4.3 O uso do “remédio”: impasses, negociações e efeitos no cotidiano

O uso diário de um medicamento para contracepção foi vivido no cotidiano das mulheres a partir do enfrentamento de algumas questões, entre elas, concepções religiosas, negociações com o parceiro, compra do medicamento, adaptação ao uso e gestão dos efeitos colaterais.

A Igreja Católica jamais permitiu a contracepção a partir de métodos artificiais ⁹. No entanto, isso não foi impeditivo para o uso das pílulas anticoncepcionais entre suas fiéis. Adélia relata esta observação:

“Eu sabia que a igreja não permitia o uso da pílula e me lembro que uma das hipocrisias que eu detectava era, por exemplo, a minha cunhada, que era super carola, tomava pílula. E eu dizia: ‘Como que é isso, né? Que contradição é essa?’ Então, logo eu vi isso, que as coisas que o padre falava na missa, ou que a igreja ensinava, os católicos não seguiam e faziam de conta que estava tudo normal. De repente nem dizia que tomava. Fazia um arranjo, uma ginástica intelectual para justificar que tomar pílula não era pecado.” (Adélia, 11-22, CA)

O discurso de Adélia enfatiza que as mulheres católicas mostravam discordâncias às rígidas regras da igreja sobre a regulação da fecundidade. As nove mulheres católicas deste estudo disseram fazer uso da pílula, mesmo sabendo do posicionamento contrário da igreja. As mulheres de classe média almejavam êxito em suas carreiras profissionais como Laura (artista plástica), Joana (professora de física), Liz, Solange, Lídia e Adélia que ainda precisavam concluir o ensino superior. Todas acreditavam que a limitação do número de filhos seria necessária para a manutenção de uma situação econômica estável:

“A gente tinha certeza que não queria filho. Eu não queria, porque eu precisava terminar o curso de economia. Eu trabalhava no saneamento de Campina Grande, fazia política. Fazia uma vida agitada” (Lídia, 17-26, CM)

“Eu ia casar e não queria ter filho logo. Que o meu marido não ganhava bem. Eu não queria ter filho logo por dois motivos: primeiro eu queria aproveitar meu casamento, lua de mel, né? E segundo era a situação, porque a gente morava em apartamento, em casa de aluguel [...], não ganhava tanto assim e sempre morei aqui na zona sul, eu queria acabar a faculdade. A religião [católica] proibia, mas eu tomava pílula mesmo.” (Solange, 11-20, CM).

“Eu já tinha filhos, não pretendia ter mais, porque a situação financeira já não era tão promissora assim [...] eu queria trabalhar, viver da minha arte, da minha profissão. [...] não me interessava ter mais filhos” (Laura, 21-30, CM).

Matos e Borelli (2012) afirmam que a difusão do consumo das pílulas anticoncepcionais, “possibilitou às mulheres escolher o número de filhos, diminuir e/ou postergar a maternidade, influenciando a entrada e permanência feminina no mercado de trabalho” e incrementando a capacidade dessas investirem em suas carreiras profissionais ^{73:142}.

Os depoimentos de Dira e Jandira nos mostram dois pensamentos diferentes que ilustram de modo peculiar a transição de mentalidades em relação a constituição da família. Enquanto Dira queria espaçar as gravidezes (filhos viriam, só que não um atrás do outro!), Jandira pensava em planejar o melhor momento para chegada do filho (filhos talvez viessem). Em ambos os casos, a concepção da Igreja Católica de que a mulher deveria casar e procriar mostra-se diluída.

“Primeiro foi uma questão de economia, pra gente não ter tantos filho, um em cima do outro [...] A igreja proibia, mas cada um tem uma interpretação. Não adianta botar filho no mundo e não poder criar”. (Dira, 29-38, CM)

“Nós tínhamos outros planos: passear, fazer outras coisas. A igreja proibia, mas nós não queríamos ter filho direto.” (Jandira, 14-23, CP)

Jandira revela que apesar de ser católica, tinha seus próprios desejos e a igreja não participava de sua vida individual. Na esfera privada era o “nós”, ou seja ela e o marido que decidiriam sobre a gestão da fecundidade. As mulheres desta pesquisa não se viram presas aos conceitos religiosos na hora de optar pelo uso das pílulas.

Entre as mulheres de camadas populares, Dora que vivia um casamento de conveniência não queria em hipótese alguma ter uma prole numerosa, sua preocupação era como manter, com dignidade, a criação dos filhos:

“Eu ouvia que Deus dava a possibilidade de criar. Se Deus deu o filho, ele ia te dar possibilidade de criar. Eu pensava assim: Sim, Deus ajuda, pode criar. Eu já vi muita gente pobre criando os filhos, mas sem estudar, descalço, às vezes não tem nem um chinelo pra calçar, né? Pode a gente pensar: é vaidade. Porque na palavra de Deus, fala que tudo é vaidade, no Eclesiastes fala que tudo é vaidade. Mas é uma coisa que a gente vai sacrificar um filho. Se a gente ama tanto os nossos filhos, vai ver seu filho que não tem um sapato, vai ver seu filho que não tem uma roupa bonitinha para sair com os amigos, né? Não é tão triste?” (Dora, 20-29, CP)

O relato de Dora exemplifica melhor o que Adélia chamou em seu relato de “ginástica intelectual para justificar que tomar pílula não era pecado”. As mulheres construía a partir das mazelas sociais, as justificativas para o que a igreja chamava de pecado.

Embora as mudanças nos comportamentos já fossem aparentes, as permanências de costumes natalistas influenciados pela Igreja Católica também fizeram parte das histórias

contadas. Laura lembra de mulheres, sobretudo, as de seu círculo social, casadas, moradoras da zona sul carioca que no ano de 1967 diziam não utilizar pílulas por questões religiosas:

“Eu sugeria, mas acontece que tinha umas que eram muito ligadas ao negócio de religião, achavam que era pecado, que não podia. E arcaram com os problemas de ter filhos, algumas tiveram mais filhos até do que desejavam.” (Laura, 21-30, CM)

Apesar das pílulas serem apresentadas como uma tecnologia que mimetizava a fisiologia reprodutiva feminina, a Igreja Católica permaneceu irredutível ao afirmar em 1968, no lançamento da *Encíclica Humanae Vitae*, que toda a contracepção artificial ou química era pecaminosa ⁹.

No contexto das igrejas protestantes, essas foram favoráveis à decisão dos casais em relação a escolha de quando e quantos filhos ter, deixando a cargo do casal a escolha do método⁹. A Igreja Batista foi citada em nossa pesquisa como favorável ao uso da pílula para controle da natalidade.

“Tomei só depois de casada. Mas não, os meus pastores (Igreja Batista) nunca reclamaram não.” (Jéssica, 13-22, CP)

A valorização da virgindade e da sexualidade conjugal permaneciam, mas o controle da natalidade por meios artificiais era uma possibilidade dentro do universo evangélico. Os pastores de Jéssica não se opuseram ao meio utilizado pela mulher para evitar a gravidez. Do mesmo modo, as Testemunhas de Jeová considerados por Ingrid “mentes abertas” discursavam em favor do controle da natalidade como algo de decisão do casal:

“[eu era] Testemunha de Jeová. Estava começando a ser. Sempre foram mentes abertas. Eles falavam: ‘quem vai decidir quem tem quantos filhos ou não tem é o casal. Seria bom não ter muitos filhos’.” (Ingrid, 17-26, CP)

Interessante destacar nesse relato o discurso da igreja em favor da redução dos nascimentos. Começa a existir uma mudança nas mentalidades de orientação religiosa: antes as mulheres deveriam casar e procriar, a partir dos anos de 1960 deveriam casar e planejar seus filhos.

Embora as mulheres estivessem dispostas a planejar o melhor momento para terem seus filhos, assim como reduzir o número de sua prole, nem todos os companheiros aceitavam esse posicionamento. As mulheres nos contam que tiveram que negociar a entrada do anticoncepcional no lar.

“O meu esposo não concordou que eu tomasse [pílula] antes. Falou: ‘Não, você casou é pra ter filho.’ Aí eu não tomei, engravidei, acho que dois meses depois. Porque a minha filha nasceu, antes de fazer um ano de casados. Ele falou pra mim umas bobearas também, falou que mulher que casava sem intenção de ter filho é porque queria ter muitos homens. À toa. Não sei o que. Ele era da roça, coitado! A mãe parece que teve 11 ou 12 [filhos], uma coisa assim. Nunca usou nada, nunca. [...]Porque naquele tempo as mulheres gostavam de ter muito filho. [Depois do nascimento da primeira filha] Ele depois até concordou, porque ele viu a criança pequena. Viu a despesa, né? Como aumentaram as despesas com filho pequeno. Aí eu falei que podia ter outro filho, logo no outro ano. Aí ele aceitou eu tomar” (Dora, 20-29, CP)

Dora era mulher de camada popular, seu marido não tinha estudo, era um trabalhador da construção civil, seus conceitos estavam enraizados aos preceitos sociais de gerações anteriores, os quais pregavam a procriação sem controle. Para convencer o marido sobre o controle da prole, Dora argumentou em favor da economia do lar.

Neste caso, inicialmente, a supremacia masculina sobre o corpo feminino ditou as regras sobre o comportamento reprodutivo. O marido de Dora a proibiu de utilizar pílula, pois carregava o preconceito de que mulher que realizava contracepção era mulher que queria ter vários homens. A submissão da mulher ao marido era algo mais naturalizado nos anos de 1960. Del Priore (2006) lembra que nessa década, as revistas femininas de grande circulação, tais como *Querida* e *O Cruzeiro*, aconselhavam às mulheres que brigas entre os casais poderiam corromper a felicidade conjugal, caberia às mulheres resignarem-se em nome do casamento, afinal a razão era sempre do homem. A mulher não deveria zangar-se, enfrentar, ou mesmo tentar dialogar utilizando de franqueza excessiva. Em uma posição submissa, deveria com “jeitinho” conduzir o marido às suas vontades^{61,100}.

Algumas mulheres optavam por tomar às escondidas, conforme lembra Dora:

“As mulheres escondiam do marido e dos respectivos homens. Foi a libertação. Não querem ter filho, não tem” (Dora, 29-38, CM).

A praticidade do medicamento conferia à pílula a possibilidade de ser facilmente utilizada às escondidas. O desejo da mulher poderia imperar sobre as regras masculinas.

De um modo geral, as mulheres souberam conduzir a situação e fazer valer o seu desejo em favor da gestão da fecundidade. Nesse jogo de disputas que envolvia o domínio sobre o poder reprodutivo, algumas mulheres enfrentaram a indiferença do marido ao decidirem pelo uso da pílula:

[Sobre a participação do parceiro na decisão pelo uso da pílula] “O meu diálogo com ele não era sobre isso não” (Adélia, 11-20, CA)

[Sobre a aceitação do marido no uso da pílula] “Meu marido nunca se opôs em nada. Nunca foi contra, nunca foi a favor. Nem a favor, nem contra” (Solange, 11-20, CM)

[Sobre a participação do marido na decisão de tomar pílula/não ter mais filhos] “Não! Nada! pra ele tanto faz como tanto fez” (Ingrid, 17-26, CP).

A falta de diálogo, a indiferença de não ser contra ou a favor, ou mesmo a falta de opinião sobre a decisão da parceira em utilizar a pílula para a gestão da fecundidade, nos dá pistas de que o parceiro deixava sobre a mulher a responsabilidade por seguir a nova norma social.

O silêncio demonstrado pelos parceiros também pode caracterizar o momento de transição entre o comportamento demonstrando pelo marido de Dora -contra o uso da pílula antes da procriação-, e a atitude do marido de Jandira - a favor do planejamento do melhor momento para se ter o filho:

“Meu marido me levou ao ginecologista, nós fomos para ver uma saída para não engravidar logo” (Jandira, 14-23, CP).

A fala da participante mostra o desejo do parceiro em buscar por um método que desse condições ao casal de planejar e limitar os nascimentos da família, inclusive era ele quem comprava o medicamento para mulher:

“Ele que comprou [marido] [...] porque ele tomava a iniciativa, estava na rua, já comprava, era algo de comum acordo” (Jandira, 14-23, CP).

Neste caso, o homem não só levou a mulher ao médico para iniciar o uso da pílula, como também monitorou o uso através da compra. Outros parceiros também participaram da compra do anticoncepcional:

“Logo depois com 15 anos, eu já comecei a tomar pílula, não podia comprar na farmácia do meu pai, é claro. Aí quem comprava era o meu namorado” (Luana, 6-15, CM).

“Meu marido comprou muitas vezes” (Solange, 11-20, CM).

Os parceiros eram interlocutores entre os balcões das farmácias e as mulheres. Essa atitude corroborava para manutenção da honra feminina, no caso das mulheres que usavam pílula fora do contexto do matrimônio, assim como evitava o constrangimento das mulheres que se sentiam envergonhadas no momento da compra. Dessa forma, os parceiros disponibilizavam a tecnologia, mediante sua compra, garantindo sua parcela de responsabilidade na prevenção de uma gravidez inoportuna, assim como promovendo sua liberdade nas práticas sexuais com a parceira.

Aquelas que não podiam contar com a participação do parceiro para a compra lançavam mão de estratégias para burlar a vigilância moral da época:

“Comprei, acho que comprei. Devia morrer de medo. Eu ia. E uma carinha bem de criança que eu tinha. Então era complicado. Era difícil pra mim. Era bem rápido, falar bem rápido e olhar pra cima, pro lado, pro outro. Pegava outras coisas. Com certeza devia ser em farmácias diferentes e bem longe de casa”. (Adélia, 11-20, CA).

Adélia apesar de possuir receita, também não conseguia se sentir confortável ao comprar o anticoncepcional, sua jovialidade e a ausência de uma aliança denunciavam a situação conjugal da mulher. O medo de ser descoberta por algum conhecido, a vergonha de chegar ao balcão e pedir o “medicamento” transformavam o momento da compra em algo constrangedor. Estratégias como comprar em farmácias de bairros diferentes e distantes de casa, “disfarçar” comprando outros produtos e encontrar o melhor momento de interpelar o balconista foram truques utilizados por Adélia e outras mulheres para burlar os constrangimentos.

De um modo geral, as mulheres solteiras enfrentaram os preconceitos e os estigmas sociais na busca pelo agenciamento de sua vida reprodutiva. O constrangimento, o medo e a vergonha foi algo embutido pelas famílias, pelas sociedade, pelos olhares dos vendedores, ou mesmo pelas colocações feitas por estes no balcão.

A mulher solteira sexualmente ativa deveria ser destemida para enfrentar os preconceitos, seja com ou sem a participação dos parceiros, seja com ou sem receita médica, elas deveriam estar prontas para alcançarem seus objetivos, sendo assim, o embate e a naturalidade também foram armas utilizadas no cotidiano das compras, conforme relata Jurema:

“Eu comprava em Icarai, não comprava perto de casa, porque antigamente era farmácia pequena, não era grande como agora. Não devo ter ficado com vergonha, devo ter falado: fulano você tem algum remédio assim, desse tipo aqui [mostrando a embalagem]. Ia no balcão. Farmácia de antigamente era assim, um dono, um ou dois balconistas, o dono era o farmacêutico. [...] eu era muito adiantada pro meu tempo, nessas coisinhas assim.... eu comprar o anticoncepcional, ou alguém comprar pra mim, ou pedir pro namorado comprar.” (Jurema, 14-23, CP)

No depoimento de Jurema, as farmácias são caracterizadas como locais pequenos e familiares, ou seja, o farmacêutico conhecia a população de sua área de venda. Jurema não comprava pílulas em farmácia próxima à sua residência, a compra era efetuada no bairro onde seus patrões moravam. O farmacêutico provavelmente sabia que Jurema era empregada doméstica e poderia até pensar que a mesma estava comprando o anticoncepcional para sua patroa. O fato é que Jurema usava suas estratégias para driblar a vergonha durante a compra, sua naturalidade poderia significar compra para terceiros, e a compra longe de sua residência evitava o julgamento do farmacêutico conhecido, assim como a descoberta dos pais.

A compra da pílula foi lembrada pelas mulheres como algo caro no início da década:

“Olha, não era barata não. Não era não. Ela mexia um pouquinho sim no bolso. Nem todo mundo...o miserável não comprava mesmo. É onde tinha mais filhos, né?” (Solange, 11-20, CM)

Em dezembro de 1965, uma reportagem divulgada no periódico *A Gazeta da Pharmácia*^{XXVI} reconhecia que “Mulher subdesenvolvida não tomava pílula anticoncepcional”. A matéria denunciava o alto valor do contraceptivo, dizendo custar entre 3 a 5 mil cruzeiros. O salário mínimo brasileiro na primeira metade da década de 1960 variou entre CR\$ 13.440,00 (16/10/1961) e CR\$ 66.000,00 (01/02/1965)^{XXVII}. Ao compararmos o preço anunciado pelo jornal e o salário mínimo vigente no ano de 1965 veremos que a pílula custava quase 10% do salário, o que indica que ser usuária de pílula nos primeiros anos de sua comercialização tinha um alto custo.

Com o crescimento da indústria farmacêutica e a ampliação de sua rede de laboratórios¹⁰, o produto foi ficando mais barato e, já no final dos anos de 1960, havia diferentes marcas com diferentes preços:

“Não era baratinha, não era baratinha, mas devido a segurança que ela oferecia era compensatório.” (Joana, 16-25, CM)

“Não, não era caro, era normal, qualquer pessoa podia comprar.” (Laura, 21-30, CM)

“Lembro que tinha diferença de preço, até hoje, tem pílulas que são muito caras.” (Luana, 6-15, CM)

“Não era tão caro não, dava tranquilo, normal, eu não ficava sem elas.” (Ingrid, 17-26, CP)

Caro ou barato, a pílula anticoncepcional se tornou um imperativo para o controle da fecundidade transformando-se em algo indispensável para as mulheres. O investimento na tecnologia era compensatório, visto que as despesas com futuros filhos seriam maiores, “ter filho era mais caro” (Jandira, 14-23, CP).

^{XXVI} *A Gazeta da Pharmácia* foi um periódico mensal publicado de maio de 1932 a janeiro de 1981, com o objetivo de servir como meio de comunicação entre os profissionais envolvidos com a farmácia (Edler, 2006). A matéria citada: “Mulher subdesenvolvida não toma pílula anticoncepcional”, Foi publicada em dezembro de 1965 na pág.23, Edição 00404(1).

^{XXVII} Informações sobre o valor do salário mínimo foram obtidas no site: www.portalbrasil.net/salariominimo.htm.

Dora teve a oportunidade de receber gratuitamente pílulas através dos serviços prestados pela BEMFAM:

“Pegava [pílulas]de graça. Tudo era de graça lá, consulta. [...] Pegava [pílulas]para 3 meses. Aí no final dos três meses, voltava lá que era pra ser examinada, para saber se a gente tinha alguma queixa.” (Dora, 20-29, CP)

Não ficou registrado nas memórias das mulheres o recebimento de amostra grátis de pílulas durante o atendimento médico, seja ele público ou particular.

Nesta pesquisa, o tempo médio de uso das pílulas anticoncepcionais foi de 11 anos. Embora a grande maioria das participantes tenha relatado boa adaptação ao uso diário do medicamento, a pílula foi um objeto médico que impôs regras e mudanças no cotidiano de todas as usuárias. Encontramos mulheres com histórias de esquecimentos, efeitos colaterais, medos e buscas de estratégias que minimizassem os problemas oriundos do uso da pílula, tais como, trocas de marcas e uso de outras práticas contraceptivas. Observamos que entre as mulheres casadas o medicamento foi introduzido ao cotidiano em associação aos hábitos diários: tomar ao deitar, deixar em um local específico ou tomar antes do café da manhã. Essas estratégias facilitavam a rotinização do uso.

“Eu tomava geralmente à noite, eu punha num lugar que eu não esquecesse o evento” (Laura, 21-30, CM).

“Todo dia na hora que eu deitava, deitando, eu tinha um horário certo para fazer isso, como eu tenho para os meus remédios até hoje” (Joana, 16-25, CM).

“Assim que anoitecia, antes de ir deitar. Eu acabava de jantar e já ia tomar logo o remédio” (Jéssica, 13-22, CP).

Laura e Liz utilizaram pílulas por 28 anos e comentam que os esquecimentos não eram frequentes. Jéssica que utilizou por 18 anos também se adaptou rapidamente à disciplina do uso contínuo do medicamento:

“É automático, você entra num ritmo, bota em um determinado lugar. [...] eu tinha que usar, eu acho que eram mais ou menos uns dez meses e parar dois, eu tomava dez e parava dois, de preferência eu tomava sempre no mesmo

horário. De vez em quando esquecia, mas de um modo geral tomava direitinho” (Laura, 21-30, CM).

“Foi a coisa mais tranquila, nunca foi essa [esquecimento] a questão. Nem pra mim nem para as minhas amigas. Em geral [tomava] à noite quando ia dormir. Sem nenhum problema” (Liz, 16-25, CA).

“Aquilo já estava na minha cabeça. [...] Não esquecia!” (Jéssica, 13-22, CP)

A pílula foi incorporada no dia a dia dessas mulheres trazendo regras a serem seguidas para o sucesso no uso do medicamento. A regularidade nas tomadas era fundamental. As embalagens continham em seu verso os passos a serem seguidos no uso diário, algo pensado pela indústria farmacêutica para evitar os esquecimentos. A mulher que esquecia de tomar a pílula poderia visualizar na embalagem sua irregularidade. Em caso de esquecimentos, bastava seguir as recomendações médicas ingerindo o dobro da dose. Assim, até mesmo os esquecimentos estavam normatizados e tinham soluções pautadas nas regras estabelecidas pela jurisdição médica.

“Eu não esquecia não. Tinha ainda uma ideia que se esquecer hoje, toma duas, de manhã, era esse o sistema, a regra” (Dira, 29-38, CM).

Cumprir a rotina de uso das pílulas não foi uma tarefa fácil para algumas de nossas participantes. As mulheres solteiras não tinham as mesmas rotinas domésticas que as mulheres casadas, de um modo geral, precisavam “esconder” o medicamento. Quando viajavam com a família ou quando não tinham oportunidade de ficar sozinha para ingerir o medicamento acabavam por esquecer o uso. Apesar do fármaco ser lembrado como pequeno, de fácil ingestão, com embalagens autoexplicativas que sinalizavam a sequência continuada do uso, a utilização regular não se ajustava ao estilo de vida que as jovens queriam levar:

“O tratamento você tomava um comprimido ao dia, não tinha que ter horário certo pra tomar. Eram 28 comprimidos. Você parava de tomar, menstruava dois dias depois. Ela era bem miudinha, uma pilulazinha, e era fácil, porque tinha as datas [na embalagem], você podia contar se tinha tomado ou não tomado, para não esquecer. Muitas vezes eu esqueci. Várias vezes, porque eu sou um pouco desorganizada mesmo e essas rotinas com muitas regras, era chato. Se você viajasse ou dormisse na casa de uma amiga, tinha que lembrar que estava usando” (Luana, 6-15, CM).

“Aí o problema era quando juntava a bebida, maconha, não sei o que, aí você esquecia” (Adélia, 11-20, CA).

“Tomava o que estava dizendo na bula, todo dia. Me adaptei, não tive problema nenhum. [Tomava] Todo dia de noite, mesmo horário não sei, mas de noite, eu ia dormir tomava. Era cansativo, chato, enjoado, mas eu tomava” (Jurema, 14-23, CP)

Independente do cenário, seja entre mulheres casadas ou solteiras, a pílula impunha regras para o uso. As mulheres deveriam se adequar ao uso continuado, rotineiro, diário. Elas teriam que estar atentas e vigilantes ao modo correto do uso, incluir no seu dia a dia a ingestão de um medicamento cujo esquecimento não lhe trariam um mal estar, ou seja, o esquecimento poderia passar despercebido.

A chegada do anticoncepcional oral na vida destas mulheres, embora encarado por elas como algo possível de ser administrado, trouxe a necessidade de uma rotina de observação do corpo e suas condições de saúde, antes e depois do uso continuado das pílulas, e a preocupação em contornar os riscos e efeitos indesejáveis.

“Me dei muito bem com a pílula [Primovlar®]. Eu me lembro que a única coisa que acontecia, de vez em quando, é que com a pílula, eu ficava um pouco infiltrada, inchada, mas como eu sempre tive tendência a inchar e ser gordinha, eu vivia fazendo regime, uma coisa compensava a outra. E fui levando. [...] O efeito básico comigo foi esse de inchaço. Conversava, aí ele (médico) dava um diurético para compensar, pra não ficar muito infiltrada, sempre conversando. [...] Eu mudei uma vez, por que estava inchando muito, infiltrando muito. [...] Além dessa, foi mais de uma que eu tomei, até me adaptar.” (Laura, 21-30, CM)

“Me dei bem, só engordei um pouquinho. [...]Varizes um pouquinho, eu fiz até uns tratamentos. Eu estava engordando, eu não estava gostando daquele negócio de tomar muita pílula, nem bem foram os 5 anos.” (Adélia, 11-20, CA)

Os efeitos indesejados foram muitas vezes dissociados do uso das pílulas, ou então, minimizados pelo uso de outros medicamentos e tratamentos para as iatrogenias causada pelo medicamento. O corpo de Laura sofreu com as frequentes “infiltrações”. Seu biotipo - “ser gordinha” - era utilizado, por ela, para tentar amenizar os efeitos causados pelo anticoncepcional. No entanto, intervenções médica foram necessárias para contornar o

problema, e mais um medicamento teve que ser inserido no seu cotidiano. O controle sobre os efeitos colaterais do anticoncepcional, um medicamento para não doença, demandava o uso de mais um medicamento, dessa vez, para tratar uma moléstia.

O corpo de Adélia também passou por transformações em função do uso do medicamento. O aumento de peso e as varizes expuseram a mulher ao uso de dietas e tratamentos corretivos para contornar os problemas. Mesmo diante dos desconfortos vividos por Adélia, a pílula foi mantida como alternativa contraceptiva por sua ginecologista.

As condições clínicas provocadas pelo uso das pílulas nos remete ao que Illich(1975) considera como doença iatrogênica, ou seja, quando um indivíduo é acometido por condições clínicas da qual o medicamento é o agente patogênico; se o indivíduo não fizesse uso do medicamento não teria a intercorrência em seu corpo¹⁰¹. Os estudos de Watkins (1998) e Oudshoorn (1994) sobre a história dos contraceptivos hormonais orais mostraram que as primeiras pílulas, com as altas dosagens de hormônio, promoveram muitas iatrogênias clínicas nos corpos femininos ^{2,13}.

Em função das infiltrações, o ginecologista de Laura lhe propôs uma outra alternativa contraceptiva. Mas, como a mulher nos conta, a pílula era uma preferência apesar de seus efeitos indesejáveis:

“Ele me propôs aquele DIU, mas eu não quis, preferi a pílula. Eu acho que aí foi um pouco mais o meu temperamento, porque eu sempre fui uma pessoa muito prática, eu acho que a pílula era muito mais simples, comprava, tomava, acabou. O DIU logo que começou, tinha que ir, tinha que tomar medida, tinha que mandar fazer, se não desse certo tinha que mandar fazer outro, não tenho temperamento pra isso, nunca tive, eu sou mais imediatista, e gosto das coisas práticas, eu digo não, prefiro uma coisa mais simples. [...] queria uma coisa simples, fácil, rápida, não queria uma coisa complicada.” (Laura, 21-30, CM)

A praticidade do comprimido atraía as consumidoras. Segundo Van Der Guest e Whyte, (2011), os medicamentos permitem que o indivíduo assumam em suas próprias mãos o direcionamento do uso, sendo convenientes, práticos e prontos para utilização ⁹². Rompido as barreiras no acesso ao medicamento, às normas da moralidade, à autorização médica, à

vigilância nas farmácias e aos efeitos indesejáveis, a pílula se mostrava um medicamento simples, de ação rápida, fácil, dependente única e exclusivamente do desejo da mulher em consumir o medicamento.

Embora para Laura tenha sido fácil e prático utilizar a pílula, para outras mulheres isso não foi tão simples assim. Jandira, usuária de pílula a partir de 1964, não conseguiu se adaptar ao uso do anticoncepcional. Tentou utilizar a camisinha e a “pomada” (não lembra o nome do produto), mas não adiantou. Foram 5 gravidezes, quatro filhos e um aborto espontâneo, até que em 1970 fez a laqueadura tubária, por indicação médica:

“Eu ficava enjoada, parecia que estava grávida, enjoada, sem ânimo. Mexia também com o estômago. Na época usava-se muito camisinha, e uma pomada também que colocava antes do sexo, era uma coisa horrorosa. [...] Ai ele [médico] mudou para Novulon@[...] ele achou melhor [pílula], falou que não podia deixar de tomar, que se não tomasse tinha risco de gravidez. [...] E depois, em 1970 fiz ligadura, muito filho vindo, não dava, também já tinha muita cesariana. O médico mesmo falou que eu não tinha condições de ter mais filhos, porque era muita cesárea.” (Jandira, 14-23, CP)

Souza Junior (2006) aponta que “para algumas mulheres, a opção pelo método definitivo, como a esterilização, representou uma solução para os problemas enfrentados com os contraceptivos e a redução da taxa de natalidade acabou atingindo as mulheres das camadas médias no país e no mundo”^{9:141}. Em nossa pesquisa, as mulheres expuseram seus corpos à laqueadura tubária, seja por não se adaptar ao contraceptivo e seus efeitos indesejáveis ou por indicação médica.

“A minha doutora falou para mim: ‘Oh vamos parar de tomar o remédio. Nós vamos parar de tomar o remédio porque o seu organismo está todo tomado de anticoncepcional, então você não precisa tomar mais anticoncepcional, nós vamos operar suas trompas.’ Foi quando eu operei as trompas” (Jéssica, 13-22, CP)

“Eu tive muitos problemas com a pílula, então quando eu tinha 23 anos, depois da minha segunda filha, juntei dinheiro e liguei as trompas” (Solange, 11-20, CM)

Jéssica utilizou pílulas por 13 anos, após esse período sua ginecologista lhe indicou a laqueadura tubária. Segundo a profissional, o organismo de Jéssica estaria “tomado” pelo

medicamento. Não foi oportunizado a mulher outra forma de gerir sua fecundidade. Para não “prejudicar seu corpo”, a mulher deveria se submeter ao método definitivo.

Para Solange a laqueadura tubária foi uma opção frente aos inúmeros efeitos colaterais que sofrera:

“Eu usei pílula aos 16 anos [...] Aí não deu certo [...]deu vários problemas. Eu tive inchaço na mama, eu tive enjojo, vômito, a mama cresceu muito, fora do normal, eu tive quase uma trombose nas pernas, [...] fazia aquela embolia na perna e doía muito. [...] engravidei da minha filha tomando essa pílula (Anfertil®). [...] me dava problema então eu não tomava direitinho. Eu tinha medo. Eu não tomei direito. Aí naquela de esquecer um dia ou dois, não é? [...]Aí eu parei. Digo: ‘é ter a minha filha e ligar as trompas.’ (Solange, 11-20, CM)

Enfrentar os efeitos colaterais não foi fácil para Solange, muitos foram os problemas apresentados, no entanto, em nenhum momento sua ginecologista lhe indicou outro método, apenas realizava a troca de marcas de pílulas. Diante do medo dos efeitos indesejáveis e da possibilidade de repetidas gravidezes, a mulher optou pelo método definitivo de ligadura das trompas.

Outras participantes também comentaram acerca dos efeitos indesejáveis:

“Quando eu comecei a tomar o remédio, eu não me dei bem com o comprimido. Eu comecei a tomar o Lindiol®. Com o Lindiol® eu quebrava tudo dentro de casa, batia nas crianças, batia, eu pintava os canecos, mas por causa do remédio, parece que estava atingindo a minha cabeça. Era só eu tomar ele que eu ficava agoniada, agitada, queria bater nas crianças, batia. Eu derrubava as coisas. Fiquei muito agitada, até com meu marido mesmo. Ele cansava de dormir fora quando eu tomava esse remédio, que eu ficava assim. Ele falava que eu estava doida. Aí com Anfertil® pronto, foi uma maravilha. Tanto é que eu fiquei 13 anos tomando o Anfertil®” (Jéssica, 13-22, CP).

[Após o uso da pílula] “Depois minha pressão subiu. Eu tive que parar de tomar, eu tomei um tempo, depois tive que parar. [...] Aí eu usei o DIU, mas também não deu certo, porque todo mês era uma hemorragia. Aí eu fui lá [serviço de saúde] para tirar. Aí voltei pra pílula, mesmo me arriscando” (Dora, 20-29, CP).

O benefício trazido pela pílula, pela sua alta eficácia anticoncepcional, numa balança de ganhos e perdas era maior que os medos do risco e dos efeitos indesejáveis. Essa ideia de cálculo racionalizado sobre os benefícios do medicamento era repetido pela mídia impressa que dizia

que os riscos de inúmeras gravidezes, inclusive relacionados aos acidentes tromboembólicos, eram maiores para às mulheres do que tomar pílulas⁸⁵.

A eficácia dos anticoncepcionais orais era indiscutível. No entanto, sua segurança suscitava controvérsias, inclusive entre o próprio grupo médico. Para contornar os possíveis malefícios do uso da pílula e garantir os benefícios de uma prole pequena, os jornais^{xxviii} divulgavam que era fundamental a prescrição e supervisão médica²⁴.

Certas da eficácia das pílulas, Solange, Jéssica e Dora não se dispuseram a tentar outros meios médicos para prevenir a gravidez, seguiram a opinião, indicação e prescrição de seus ginecologistas.

As queixas das usuárias foram tratadas com outros fármacos ou consideradas como intercorrências que poderiam não estar associada somente a pílula. Foi o que ocorreu na vida de Joana. Após iniciar o anticoncepcional oral, Joana começou a engordar demasiadamente. Seu pai, que era clínico, e seu ginecologista não viam a possibilidade das pílulas estarem envolvidas nesse problema. A prima de Joana, muito incomodada com essa situação, insistiu para que a família investigasse o uso da pílula:

“Foi muito curto o período que eu tomei [...] Uns seis meses depois eu comecei a inchar muito, eu cheguei a engordar 30 quilos em um mês, que ninguém engorda, não tem comida que faça isso. [...]Eu tenho uma prima, quando ela começou a ver aquilo [aumento de peso], ela começou a dizer assim: ‘você estão tomando pílula, é uma coisa que a gente não sabe o futuro, você tem que verificar o que é isso.’ Meu pai como médico, ia pedindo os exames todos pra ver, acompanhando. Ela disse: ‘Por favor, eu faço questão absoluta, você vai ver esse negócio de pílula.’ Ai o ginecologista começou a fazer exames. Eles [o pai-clínico e o ginecologista] aventaram a hipótese primeiro de ter sido alguma alergia a esta pílula. Por causa disso, eles começaram a fazer alguns testes. Eu não conseguia emagrecer em hipótese nenhuma, não desinchava, porque cresceu até rosto, eu perdi toda a minha roupa, perdi sapato, perdi tudo,

^{xxviii} O Correio da Manhã foi considerado um dos mais importantes jornais diário do Brasil no século XX. Destinado a população da classe média do Rio de Janeiro, possuía um caráter combativo, liberal e independente, destacando-se pela estética inovadora, valorizando ilustrações, fotos e textos com forte carga emocional (Teodoro e Neiva, 2015). Em matéria não assinada, intitulada: “Pílula anticoncepcional cem por cento eficaz”, o jornal enfatizava a importância da condução médica para eficácia do método. (Correio da Manhã, 08/04/1960, 1ºcaderno, pág.9)

eles não conseguiam me fazer emagrecer, nenhuma pílula eu conseguia me adaptar, eles chegaram a conclusão na época, que era uma alergia a pílula como um todo, aos componentes de uma pílula, não adiantava mudar de marca, de laboratório. [Troca de pílula] umas quatro vezes [...] Eu parei de menstruar completamente, desde aquela época. Foi analisado como eu tendo uma síndrome que naquela época chamava de Stein- Leventhal^{XXIX}” (Joana, 16-25, CM)

A intercorrência vivida por Joana não diminuiu a crença de que a pílula era segura. Primeiro o ginecologista e seu pai, clínico, optaram por trocar as marcas das pílulas, realizar exames para diagnosticar possíveis doenças e por último decidiram suspender o uso do medicamento. Essas ações mostram também o empirismo médico em não saber lidar com os efeitos que surgiam diante do uso.

Na década de 1960, segundo nossas entrevistadas, a pílula era culpabilizada por algumas disfunções ginecológicas criando-se um certo medo em relação a seu uso contínuo. Para Joana ficou registrado que tal Síndrome ocorreu em função do uso da pílula, fato que a fez não indicar seu uso à outras mulheres:

“Não mesmo porque a minha experiência não estava sendo boa, então eu não ia indicar para ninguém, outra pessoa poderia ter a mesma coisa, depois eu soube que algumas outras pessoas, tiveram problema semelhantes.” (Joana, 16-25, CM)

Solange também recorda de outras situações que foram vinculadas ao uso da pílula:

“Muita gente dizia também que a pílula dava hemorragia. Porque muitas vezes tinham mulheres que tinham cisto no ovário. Tinha muito mioma. [...] E aí o pessoal botava a culpa na pílula.” (Solange, 11-20, CM)

A infertilidade também nos foi apresentada como motivo de medo e apreensão ao uso da pílula, conforme declarado por Luana:

^{XXIX} A Síndrome de Stein-Leventhal não está associada com o uso de anticoncepcionais orais, pelo contrário, a terapia combinada de estrogênio-progesterona continua sendo a principal opção de tratamento do hiperandrogenismo presente na síndrome, pode ser efeito para o hirsutismo, acne e alopecia androgenética, além de prevenir a hiperplasia endometrial e suas complicações, deve ser utilizada até a normalização do aumento de peso. Na década de 1960 os recursos médicos para diagnóstico de Síndromes como esta, talvez não fossem tão apurados como os de hoje, por isso possa ter ocorrido confusões diagnósticas e terapêuticas para o caso (Moura et al, 2011).

“Eu passei muitos anos tomando pílula, depois eu passei a tomar três meses e descansar um, porque eu fiquei com medo de não engravidar. Usei muitos anos [11anos]. Passei com esse meu primeiro marido, um ano sem tomar pílula, tomando um certo cuidado, depois não tomando e não engravidei, não sei se por minha causa ou por causa dele, porque com o outro marido, eu engravidei muito rápido. [...] Eu achava que não ia engravidar, porque eu comecei muito cedo, porque a gente achava que a pílula podia fazer mal. Isso era uma coisa que eu pensava, não sei se tinha esse boato, mas eu tinha essa consciência que teria que fazer um tratamento para engravidar” (Luana, 6-15, CM).

Luana seguiu o uso das pílulas independente da prescrição e do acompanhamento médico, os conhecimentos que adquiriu sobre o efeito contraceptivo do medicamento eram aqueles ventilados na mídia e na rede de convívio social das mulheres. Foi a partir destas fontes de informações que ela formulou o seu próprio temor acerca do medicamento.

Os desencontros de informações, as dúvidas, controvérsias e os rumores negativos entre médicos, mídia impressa, amigas e familiares sempre estiveram no cotidiano das usuárias de pílulas anticoncepcionais. Isto demonstra a complexidade em torno do nosso objeto de pesquisa. As incertezas quanto a segurança do método envolviam possíveis associações entre o uso das pílulas e o surgimento de patologias ligadas ao aparelho reprodutivo:

“Há 7 anos atrás eu tive um câncer no alto do endométrio, e eu tenho quase certeza, não dá para saber assim que foi. A causa deve ter sido esses anos todos tomando pílula, né? Porque na minha família não tem, nos meus antepassados não tem câncer, então me dá muita impressão de que foi causado pela pílula. E depois, quando eu fui à primeira consulta depois da cirurgia, ele falou: Agora vou te receitar essa pílula aqui. E eu aí falei: Não vou tomar mais não. Mas ele insistiu muito: Por que você acha que você tem disposição pra trabalhar? Por que você acha que você ainda tem cintura? [Risos] É a pílula. Eu acredito que seja, mas também acredito que ela seja cancerígena” (Liz, 16-25, CA).

“Mexeu em nada com a libido, mexeu com a menstruação, que diminuiu sensivelmente, aí a menstruação que era uma coisa normal, passou a ser uns filetinho. A gente fica pensando: para onde está indo toda essa história? porque o útero está escamando tão pouco? Mas arrisquei. [...] centenas de mulheres tiveram fibroma sem ter tomado pílula. Será que a tomação de pílula provocou isso? ninguém disse isso” (Dira, 29-30, CM).

“No Rio, a minha ginecologista [...] apareceu com uma pílula, que ela disse, olha essa pílula é uma pílula que agora surgiu no mercado, é nova, é uma pílula alemã chamada, essa eu lembro, Urbal®. Essa pílula você não parava de tomar, tomava direto, só que essa pílula seis meses depois, ela saiu do mercado, a Alemanha tirou porque ela estava dando problema no mercado, e

eu tive um mioma. Essa pílula me deixou uma seqüela, eu tomei 3 meses. [...] eu reputo o mioma, foi por conta da Urbal®, mas também não tenho certeza, mas ele surgiu em seguida.” (Lídia, 17-26, CM)

“Eu parei porque estava com uma probleminha no colo, um processo inflamatório.” (Branca, 13-22, CM)

Uma das estratégias médicas (e não médicas) para o controle dos efeitos indesejáveis foram as trocas de marcas dos anticoncepcionais. Praticamente todas as mulheres trocaram de anticoncepcional, seja por questões de adaptação ou aprimoramento do produto:

“Eu experimentei 3 tipos de pílula. Nenhuma delas eu lembro agora. Pode ter sido Neovlar®, pode ter sido uma outra, não me lembro agora, mas eu tomei 3 tipos de pílula. [...] Aí eu voltava nele [médico]e dizia: ‘A pílula está fazendo isso, isso, isso assim.’ [O médico respondia:] ‘Não! vamos mudar!’ Aí mudava. Mas eu insistia porque eu não queria. Dentro de mim eu não queria mais filho” (Solange, 11-20, CM).

“Fui trocando pela de baixa dosagem. Sempre foi muito tranquilo, não tive nada” (Branca, 13-22, CM).

“Mudava. [O médico] Mudou de marca. Não sei se a dosagem hormonal era diferente. Eu nunca tive problema com esse uso” (Dira, 29-38, CM).

“Eu mudei por minha conta mesmo, em conversas com amigas, talvez não tinha aquela pílula no momento, a gente já conhecia o nome da outra” (Luana, 6-15, CM).

A troca por produtos cada vez mais aprimorados, e mais eficazes, vai ao encontro do que Barros (1983) descreve como estratégias mercadológicas do consumo de medicamentos, na qual: “No momento em que se instaura a quimiossíntese em um contexto capitalista de produção, os medicamentos assumem a conotação de uma mercadoria com a necessidade implícita de ser consumida em quantidade e qualidade crescentes”^{100:378}. A classe médica atua diretamente neste processo de expansão do consumo de medicamento, uma vez que “prescrever o mais novo passou a ser sinal de competência e a favorecer a boa imagem do médico que, assim agindo, aparentemente estaria perseguindo uma maior eficácia”^{100:378}.

Transpondo esse entendimento para o universo dos anticoncepcionais, diríamos que a expansão da comercialização das pílulas satisfaz tanto os interesses de mercado, quanto os interesses de médicos, de farmacêuticos e de mulheres. Em uma década onde a propaganda de

anticoncepcionais era proibida, ginecologistas e farmacistas eram os profissionais de referência para apresentar às mulheres os novos produtos com dosagens hormonais mais baixas. Não se pode menosprezar também, o boca a boca entre as mulheres, em suas redes de confiança, na circulação das novidades no campo da contracepção hormonal.

Tentando contornar os efeitos colaterais e os mitos em torno do uso das pílulas, as mulheres tinham como estratégias realizar “descansos” no uso do medicamento. Durante o período em que a mulher “folgava”, outras práticas contraceptivas eram utilizadas, sobretudo, o coito interrompido e a tabela:

“Às vezes, quando eu tomava três meses e folgava um, era de você ter a ejaculação fora, coito interrompido, ou eu já era casada, podia fazer uma tabela, fazia tabela, uma semana antes da menstruação ou uma semana depois da menstruação, podia ficar tranquilo, na outra época era o período fértil” (Luana, 6-15, CM).

“Eu tinha que usar, eu acho que eram mais ou menos uns dez meses e parar dois, eu tomava dez e parava dois, fazia um descanso para o organismo. [...] nesse tempo eu ia na tabela” (Laura, 21-30, CM).

Os relatos acima nos dão pistas que o diálogo médico acerca de métodos contraceptivos, ainda estava muito centrado no uso da pílula. Embora na década de 1960 o diafragma e o DIU fossem alternativas contraceptivas, as mulheres desta pesquisa disseram que o contato com essas tecnologias ocorreu somente em décadas posteriores.

[Depois do primeiro filho com 26 anos/1980] “o meu marido queria que eu parasse de tomar pílula por causa do cigarro, que ele dizia que era ruim para circulação, que eu não deveria fazer as duas coisas. [...] O diafragma é um método anticoncepcional, bastante antigo, a minha sogra usou o diafragma, bem antes da pílula. É uma coisa meio chata, porque você tem que ficar planejando tudo, ou então correr pro banheiro e colocar se você estiver desprevenida, ou levar aquele troço dentro da bolsa, usava com espermicida. Usei uns três anos. Não dois anos depois eu tive outro filho... um ano e cinco meses depois nasceu o terceiro, super sem querer. Depois que eu tive o terceiro, aí eu sei sete anos o DIU, Era um método que eu achava que era seguro, não precisava ficar tomando remédio e era mais adequado do que o diafragma, você vê utilizando o diafragma eu engravidei do terceiro” (Luana, 6-15, CM).

“DIU eu ouvi falar, depois que eu estava lá pra operar minhas trompas [1986], foi que eu ouvi falar que tinha gente lá, que era pra botar, mas que tinha que trocar de 6 em 6 meses. Eu falei: “Não, esse negócio não é comigo. Me abrir

de novo para tirar coisa, pra limpar, pra botar de novo isso eu não quero não. Quero uma coisa que não precise mais mexer comigo” (Jéssica, 13-22, CP).

“Quem não tomava pílula rezava eu acho. Preservativo não era prática, apesar que ele já existia. Preservativo é muito antigo, mas não existia essa prática na adolescência... eu não me lembro de algum dia, alguém ter sugerido usar preservativo, e eu até conhecia, razoavelmente de ouvir falar, por conta do que eu conversava com meu pai, mas nunca passou pela minha cabeça lançar mão dele como método. Foi a pílula desde o começo” (Branca, 13-22, CM).

Em nossas histórias a pílula foi considerada como um medicamento prático, fácil e principalmente sem falhas, por isso as mulheres enfrentavam seus efeitos indesejáveis, insistiam no uso e se arriscavam frente aos efeitos colaterais mais sérios. A confiança na eficácia do método sobrepunham os seus riscos, assim no senso comum, as mulheres estudadas tinham a certeza que a pílula não falhava, quem falhava era a mulher:

(Falha) “Não, não tinha. A não ser quando eu errava” (Adélia, 11-20, CA).

“Confiava, porque dava certo, pra mim dava certo. Quando não deu, eu que falhava com ela, porque eu não tomava direito, eu parava” (Jurema, 14-23, CP).

As informações divulgadas sobre as pílulas enfatizavam sua eficácia^{24,85}, isto de certa forma foi criando nas mulheres uma mentalidade que o erro, a falha, era algo centrado no humano e não na tecnologia. A tecnologia permitia o controle racional da fecundidade. No entanto, para que o sucesso do medicamento fosse alcançado era necessário a disciplina do corpo feminino, a qual era passível de falhas.

A pílula oportunizou que as mulheres agenciassem não somente sua vida reprodutiva, mas também sua sexualidade, em nossas histórias, o caso de Jéssica nos mostra como um efeito indesejado de um medicamento pode ser transformado em algo de interesse pela mulher. Jéssica teve um casamento de conveniência, não amava seu marido, não mantinha um casamento feliz, para ela, a perda da libido com o uso do Anfertil® não foi identificado como um problema, mas sim, uma forma de conter os desejos sexuais:

“Mas a gente não tinha mais nada não, porque ele já tinha outras na rua, aí eu não tinha nada não. Nem eu sentia falta. Porque parece que o remédio tira toda... acho que a potência da mulher, vamos dizer assim. Acho que sim. Eu

achava. Eu achava. Até nunca tive esse negócio, que tem mulher que fica doída, ansiosa... Eu não. Nunca tive” (Jéssica, 13-22, CP).

As mulheres se apropriaram dos saberes sobre as pílulas usando-as para finalidades não medicamente utilizadas. No caso de Jéssica a pílula lhe ajudou a sobreviver a um casamento forjado pela família, sem dissolução conjugal autorizada pelos pais, no qual a atividade sexual era uma obrigação marital, talvez para mulher não sentir desejo, não ter prazer, fosse uma forma de resistir a situação que lhe havia sido imposta.

Através das histórias de mulheres pioneiras no uso das pílulas anticoncepcionais deslumbramos como uma tecnologia médica foi sendo introduzida, absorvida e difundida, abrangendo diferentes classes sociais, credos, raças, remodelando normas e regras sociais em torno da sexualidade. As pílulas corroboraram com as novas possibilidades alavancadas pelos processos de modernização e como integrante deste movimento atuou como agente modificador de comportamentos e hábitos considerados “modernos.”

As mulheres estudadas buscavam o novo, queriam romper com o tradicional, fazer parte das novas referências e a pílula integrava o estilo moderno de viver a vida. Trabalhar, concluir o ensino superior, seguir uma carreira profissional promissora e ser independente passaria pela capacidade da mulher em gerir sua vida reprodutiva. A gestão da fecundidade passa a ser considerada um cuidado de si. Na busca pelo uso racional da pílula, o corpo feminino foi mais integrado à disciplina dos saberes médico. As mulheres insistiam no uso das pílulas, minimizando seus efeitos colaterais, dissociando complicações ao uso do medicamento, burlando normas tradicionais e organizando estratégias que as permitissem continuar o uso daquilo que se instituiu como adequado às mulheres modernas.

5. Discussão

As histórias contadas por gerações pioneiras no uso das pílulas anticoncepcionais, nos anos de 1960, revelam como as trajetórias afetivo sexuais de mulheres de meios urbanos transitaram entre permanências e mudanças, entre as normas tradicionais e as novas referências que se abriam para os jovens. Na esfera das novidades, técnicas e tecnologias médicas despontavam como alternativas modernas para gestão da fecundidade. A ciência médica começava a ser tomada pelas mulheres como um sistema hegemônico para regulação de suas vidas reprodutivas⁸.

Na esteira das novas referências, as pílulas anticoncepcionais adentraram no cotidiano feminino como um artefato médico capaz de desvincular de modo efetivo a vivência da sexualidade daquela da reprodução, carreando e catalisando valores e ideias que integravam os processos de transformação da época, e lançavam mais os projetos de vida das mulheres para além dos marcos maternidade: a inserção no mercado de trabalho, nos estudos, nos circuitos de consumo, a busca da mobilidade social da família com a boa educação de uma prole pequena. Para as mulheres, aprender a gerir racionalmente a própria vida reprodutiva era ao mesmo tempo, condição para participação e parte intrínseca dos processos de transformações. O cumprimento da nova norma reprodutiva foi associado ao uso dos anticoncepcionais orais, e as pílulas tanto foram constituídas por essa nova exigência, como foram constitutivas para a racionalização da gestão da fecundidade.

Apoiadas em conceitos weberianos (Sell, 2012)¹⁰², entendemos como gestão racional da fecundidade o controle dos nascimentos de forma calculada, planejada, fundamentada em conhecimentos científicos especializados, executada a partir de técnicas e tecnologias desenvolvidas pela biomedicina, e de certo modo, nesses padrões normativos, despersonalizada das relações sociais situadas. Nas vivências de usuárias de pílulas nos anos de 1960, vimos que

a racionalização da gestão da fecundidade transcendeu os limites entre público e privado. As normas como exigências coletivas ganharam o mesmo status no plano individual, integrando-se ao cotidiano feminino, transformando o cuidado de si em gestão da fecundidade e reeditando o mandato tradicional do cuidado da mulher com a família.

A perspectiva racional da gestão da fecundidade transformada em norma passou a exigir métodos eficazes de contracepção. A gravidez deveria ser um evento planejado e não mais um acontecimento natural. Conhecimentos tradicionais sobre “a arte de enganar a natureza”⁷⁴ passaram a ser considerados arcaicos e obsoletos. A natureza deveria ser controlada e no plano da vida reprodutiva, o exercício efetivo da contracepção passou a ser uma responsabilidade imperativa feminina. O controle dos processos naturais passou a ser um objetivo na vida das mulheres e para alcançá-lo foi necessário aprender sobre o corpo e se apropriar de tecnologias médicas.

Neste contexto, a chegada da pílula promove a ruptura com o corpo natural e consagra o que Rohden (2008) chama de corpo hormonal¹⁷. Esta mudança exige que as mulheres passem a adquirir conhecimentos sobre anatomia e fisiologia da reprodução, apropriando-se de um vocabulário e de metáforas do mundo biomédico¹⁰⁴ para falar de seu corpo e de suas necessidades na esfera da vida sexual e reprodutiva.

O uso de uma tecnologia produzida a partir do conhecimento e síntese de substâncias similares àquelas do próprio organismo feminino - os hormônios sexuais - revelavam a genialidade de seus idealizadores que conseguiram uma forma “natural” e “100% eficaz” - em suas concepções - de se fazer o controle da fecundidade⁸. Conforme pontua Manica (2003), esta tecnologia era capaz de mimetizar a natureza feminina mantendo a regularidade dos ciclos e a menstruação, reproduzindo processos entendidos como naturais ao corpo feminino⁸. Um artefato que se aproximava da fisiologia “normal” da mulher, uma engenhosidade técnico-científica que integrava a modernidade científica a essa fisiologia. Utilizar pílulas

anticoncepcionais fazia com que as mulheres se sentissem modernas, ousadas, donas de seu próprio corpo, gestora impar dos processos reprodutivos.

Romper com o tradicional e usufruir de novos projetos para vida pessoal e familiar fez com que as mulheres incluíssem em seu cotidiano o uso das pílulas, participando de uma complexa trama na qual este artefato mediou relações de poder e jogos de interesse que envolveram não somente médicos, Estado, demógrafos, Igreja, entre outras instituições de saber e poder, mas sobretudo, as próprias mulheres. Este dispositivo permitiu às mulheres falarem sobre sexo, sexualidade e contracepção, enfrentando os pudores sociais da época, quebrando os silêncios, discursando sobre seu corpo na primeira pessoa, e não sendo este apenas um objeto de tratamento científico e social. Mulheres falando com mulheres sobre sexualidade, não somente sobre casa, marido e filhos. Mulheres que não somente ouviam o que a ciência dizia sobre a pílula, mas que informavam umas às outras suas próprias experiências com o uso do método.

Em décadas anteriores aos anos de 1960, a tradição velava pelo recato, pudor, silêncios e segredos a tudo que fosse da esfera feminina. Menstruação, relações sexuais e contracepção não eram temas discutidos amplamente entre mães e filhas, eram processos considerados parte do curso natural da vida, portanto não necessitavam de explicações⁷⁷. O dito “anos rebeldes” foi um período onde pais e filhos não se falavam ou não falavam a mesma língua, não tinham os mesmos ideais e concepções, não se entendiam, vivia-se a “guerra das gerações”, processos em parte impulsionados pela intensa mobilização social, com clara militância política e cultural que tomava conta dos meios urbanos nos anos de 1960¹⁰⁴. Essa atmosfera política, segundo Sirkis (1999), trouxe uma singularidade às gerações que viveram os anos de 1960: as contestações contra o poder nas suas várias dimensões, ou seja, “revolta dentro de casa contra a geração dos pais; revolta contra as formas de cultura e artes dominantes; revolta contra os padrões de comportamento vigentes”^{105:111}. A pílula foi co-constituída por esse cenário e

incitou que mulheres falassem o implícito, o calado, divergindo dos valores da virgindade, da dupla moral masculina, do sexo conjugal para procriação, da indissolubilidade matrimonial e da maternidade espontânea, traçando linhas de fuga para se diferenciar dos padrões de moralidade dos pais.

O interesse em não repetir a trajetória reprodutiva de suas mães - que “só pariram e cuidaram dos filhos” - moveu as mulheres entrevistadas em direção à busca de conhecimento em fontes literárias, revistas e jornais que lhes ajudassem a aprender sobre o seu corpo e compreender como lidar com a gestão da fecundidade. A auto medicalização – a mulher no plano individual como agente da medicalização - dos processos reprodutivos e a pedagogização da sexualidade feminina caminharam pari passu e foram sendo exercidas em prol de novas expectativas na esfera da reprodução. Neste contexto, as técnicas e tecnologias desenvolvidas pela biomedicina, os aconselhamentos e orientações dos mundos médico e farmacêutico, as experiências de pares femininos contribuíram para difundir a ideia da prática racional da gestão da fecundidade e a biomedicalização dos processos reprodutivos.

Um efeito social para o qual as pílulas contribuíram sobremaneira e que se imprime até hoje é a responsabilização da mulher pela gestão da fecundidade. Antes das pílulas, os métodos mais utilizados para contracepção dependiam da colaboração do parceiro (tabela), estavam centrados no corpo masculino (preservativo) ou relacionados ao ato sexual (coito interrompido). Cabral (2012) discute que com a chegada dos contraceptivos orais, as assimetrias de gênero na esfera da reprodução foram evidenciadas com a maior responsabilização feminina pelos fracassos e condução da gestão da fecundidade e pela minimização da participação dos homens nos processos reprodutivos; por outro lado, no contexto da interação sexual, os homens teriam a desvantagem de não ter certeza absoluta do uso do medicamento pela mulher, ao passo que as mulheres poderiam visualizar no corpo do homem o uso, ou não, de um método contraceptivo¹⁰⁶. Essas reflexões colocam em destaque uma importante atribuição das pílulas

no cenário reprodutivo: colocar a sexualidade em discurso promovendo visibilidade às mulheres nas discussões sobre sexo e reprodução. A chegada da pílula despertou nas mulheres a vontade de saber, conhecer o seu próprio corpo e descrevê-lo de uma outra forma. Os processos naturais femininos passaram a ser entendidos como aspectos fisiológicos explicados e possivelmente controlados pela biomedicina. Esses aspectos integraram o que chamamos de auto medicalização dos processos reprodutivos e incrementaram os processos de pedagogização da sexualidade feminina, que juntos da gestão racional da fecundidade passaram a ser parte inerente do cotidiano das mulheres.

Nesse jogo de mudanças e permanências, romper com as normas da virgindade, do matrimônio e da maternidade foi um desafio enfrentado às sombras. Embora as mulheres ousassem fumar, beber, usar minissaia, ir a bailes, frequentar samba e gafieira, transar antes do casamento, usar pílula fora do contexto da conjugalidade, tais comportamentos foram vividos às escondidas sem que os pais pudessem confrontar suas atitudes. A rigidez moral dos pais impunha silêncios e segredos na vida afetiva das filhas e reproduziam o padrão normativo de repressão e controle dos sexos. Na contracorrente, porém, as relações que se estabeleciam entre mulheres e especialistas e entre as próprias mulheres em suas redes de confiança, as controvérsias que se formaram em torno das pílulas e seus ecos nas diversas mídias promoveram o que nunca antes na história das mulheres brasileiras tinha se visto em tal escala e de modo tão público: a sexualidade feminina em discurso.

As informações acerca das pílulas foram propagadas por uma rede profusa com ramificações projetadas em diferentes direções. Elos e conexões foram deflagrados pelas leituras de revistas e jornais, pelas conversas de amigas (intrageração) e, em menor escala, entre mulheres de diferentes gerações da família, e pelas novas associações com o mundo médico e farmacêutico.

Nas revistas femininas estavam listados os preceitos morais atrelados ao novo contraceptivo e que definiam a ética de uso. As pílulas deveriam ser usadas pelas mulheres casadas e a autorização para esse uso seria do ginecologista. Matérias longas apresentavam o medicamento como produto da ciência médica em favor de melhorias na vida das mulheres e os médicos como detentores do saber e do poder de controle sobre os efeitos do medicamento⁸⁵. Em suma, o ginecologista era quem deveria legitimar a contracepção hormonal, com o seu consentimento de duplo viés, clínico e moral. Tal “autorização” deveria ser regimentada pela prescrição médica, materializada na receita. O médico passou a definir novas referências sobre a vida reprodutiva das mulheres, em contraposição às normas morais e contrárias às prescrições impostas pela Igreja Católica.

Os acirrados debates sobre a moralidade, os efeitos nefastos da pílula e a sua oportunidade na promoção do controle do crescimento demográfico foram noticiados nas páginas dos jornais de grande circulação do país. Diferentes vozes, inicialmente, ocuparam pequenos espaços dos diários e, ao longo da década, as pílulas foram ganhando as páginas dos jornais onde se discutiam os prós e os contras do medicamento²⁴. As controvérsias, as nebulosas experiências com os contraceptivos divulgadas nos diários e as dúvidas que se apresentavam às mulheres eram absorvidas e reelaboradas a partir dos conhecimentos que adquiriam nas revistas femininas, nas trocas de experiências com outras mulheres e nos consultórios de ginecologia.

Conforme sinalizado pelas entrevistadas, enquanto os jornais traziam os debates controversos à tecnologia e à oportunidade social e moral do medicamento, as revistas femininas divulgavam em tom positivo os conhecimentos teóricos e práticos sobre as pílulas, ensinando a maneira de usar e como reconhecer e manejar seus efeitos. No cotidiano, as mulheres observavam, avaliavam, se aconselhavam e se elegiam como possíveis usuárias. Entre os ditos e não ditos, na prática, os conhecimentos médicos – mesmo quando adquiridos indiretamente – eram os abalizadores finais da tecnologia e as mulheres faziam o uso das pílulas

apoiadas pela confiança no saber médico e, para aquelas que tinham acesso, no seu ginecologista.

Perseguindo os novos padrões, as mulheres procuravam conhecimentos especializados sobre as novas tecnologias contraceptivas nos consultórios médicos, nos balcões das farmácias e nas bulas. O mundo da farmácia funcionou como um divulgador dos novos produtos, assim como os olhos morais sobre as jovens. Neste circuito, as receitas médicas funcionavam como um registro da autorização moral concedida pelo médico, isentando as mulheres da necessidade de julgamentos e avaliações nos balcões. Embora as receitas não fossem retidas nas farmácias¹⁰, as usuárias faziam questão de portá-las, como uma forma de resguardar sua dignidade e reduzir o pudor na compra do medicamento.

Os anos de 1960 foram um período de intensificação dos processos de medicalização do corpo feminino. A prevenção de doenças como o câncer do colo uterino⁹³, o incremento de práticas e tecnologias voltadas para assistência pré-natal¹⁰⁷ e a intervenção médica sobre a gestão da fecundidade começaram a fomentar a ideia de que ir ao médico ginecologista deveria ser um hábito regular. Em nosso estudo, as mulheres de classes médias e altas recorriam ao médico particular em função de distúrbios ginecológicos ou de gravidez ou puerpério. Para essas, a pílula mediou a aproximação com o ginecologista fora do contexto de queixas ou tratamentos, e oportunizou outros cuidados preventivos a saúde sexual e reprodutiva.

Entre as mulheres de camadas populares essa relação não se deu da mesma forma. A maneira como os serviços públicos de saúde estavam estruturados na época⁹⁴, de um modo geral, contribuiu para que não fosse através do ginecologista que estas mulheres aprendessem sobre o método. Para elas, o elo principal de conexão com as pílulas foram as informações obtidas em suas redes de confiança. Aquelas que tiveram a oportunidade de serem atendidas pela BEMFAM participaram de atividades pedagógicas onde se transmitiam informações sobre

sexualidade, anatomia e fisiologia femininas, uso e manejo dos efeitos das pílulas e receberam gratuitamente o anticoncepcional.

Outra alternativa para aquelas que enfrentaram a carência dos serviços públicos de saúde ou, que por timidez ou vergonha, não podiam dialogar com o médico/ farmacêutico sobre o produto foi a leitura da bula. A bula se caracterizou como um instrumento de aproximação e intermediação à distância das relações entre mulheres e indústria farmacêutica. Esse recurso permitiu que as mulheres, sobretudo as solteiras ou as mais pobres e com menos acesso aos consultórios ginecológicos, aumentassem sua capacidade técnica sobre o medicamento e produzissem autoconhecimento sobre as pílulas.

Embora tivessem acesso a diferentes fontes de informações sobre as pílulas, não foi fácil para algumas mulheres enfrentarem os efeitos indesejados ocasionados pelo uso continuado do medicamento. As mulheres de classes médias e altas resolviam os contratempos advindos do uso do medicamento com seus ginecologistas.

Aquelas que não tinham acesso aos consultórios particulares ou não podiam arriscar sua moral de “moça intocada” observavam o cotidiano de outras mulheres usuárias de pílulas, procuravam utilizar produtos com os quais suas amigas tinham experiências positivas- os quais não tinham provocado efeitos indesejados em seus corpos e/ou eram prescritos pelos seus respectivos ginecologistas- e realizavam intervalos no uso do medicamento como estratégias para amenizar os incômodos sofridos pela pílula. Com olhos “espiões”, algumas mulheres monitoravam vizinhas e mulheres mais velhas, usuárias de pílulas, em busca de segurança para o uso do medicamento. Nem sempre falar era o suficiente. Bom era observar, ver no dia a dia o que realmente a pílula causava, adquirir confiança a partir da observação do corpo das outras e reproduzir esse conhecimento em seu próprio corpo.

Na resistência e insistência das mulheres pelo uso das pílulas anticoncepcionais, o biótipo “cheinho” funcionava como cortina de fumaça para os engordamentos provocados pelo

fármaco- “como já era gordinha mesmo e vivia fazendo dieta” -, os quilinhos a mais ocasionados pelo uso do anticoncepcional não fazia diferença. As mulheres não somente minimizavam como também dissociavam o uso do medicamento às intercorrências mais graves.

A pílula prescrita e usada sob supervisão do médico era considerada um medicamento seguro. Contudo, durante a década de 1960, os médicos também estavam aprendendo sobre as pílulas, havia muitas controvérsias científicas sobre esses produtos e os profissionais tiveram que lidar com incertezas e empirismos²³. Associar seu uso a uma intercorrência clínica exigia cautela para não atribuir ao medicamento, inequivocamente, uma desordem clínica. O uso das pílulas anticoncepcionais expôs os corpos femininos a uma série de novos escrutínios e intervenções médicas no intuito de minimizar os efeitos indesejáveis do medicamento. Tratamentos para varizes, esquemas de pausa na utilização das pílulas, dietas e uso de diuréticos foram alguns dos recursos utilizados pela medicina para manejar os efeitos de um medicamento que não tratava doença, mas, sim, podia acarretar agravos à saúde.

No balanço dos efeitos indesejados e controle da fecundidade, as mulheres optavam por continuar utilizando os anticoncepcionais orais. Embora o medicamento não fosse uma unanimidade entre os médicos, as mulheres buscavam ginecologistas que eram favoráveis às pílulas e se referem a esses profissionais como médicos como “mentes abertas”, “liberais” e “modernos”, médicos “renomados” e “intelectuais”. A pílula simbolizava a modernidade no campo da contracepção: médicos que acompanhavam o caminhar da ciência e estavam antenados com as ideias de modernização dessa época (inclusive a da prole pequena) prescreviam pílulas; mulheres modernas que almejavam trabalhar e estudar, e não somente serem dona de casa, utilizavam pílulas; o medicamento era a novidade que não podia faltar nos balcões das farmácias urbanas que atendiam a esse público.

Essa rede heterogênea e multifocal de biomedicalização da sexualidade feminina nos levou a cunhar o que chamamos de heteromedicalização- diversidade de focos de

medicalização- mulheres que medicalizam umas às outras, interações com os mundos médico e da farmácia, utilização de instrumentos da biomedicina, a própria pílula como um ator não humano interceptando e turbinando debates na mídia que incitaram a medicalização dos corpos, normas coletivas sendo redefinidas no plano individual e os parceiros como agentes da medicalização.

Neste contexto, as histórias revelam que os homens participaram ativamente dos processos de biomedicalização da gestão da fecundidade. Ao parceiro coube acompanhar ou conduzir a mulher ao profissional capacitado para prescrição e acompanhamento no uso do medicamento, comprar a pílula e/ou monitorar o uso feito pela mulher. Em meio a tabus e preconceitos referentes às normas da virgindade e do sexo para procriação, os parceiros foram se apropriando de novas referências, conduzidos pelas preocupações econômicas e a instituição da norma da prole pequena. Muitas vezes, bastou o seu consentimento silencioso para que as mulheres, sobretudo as casadas, pudessem gerir racionalmente sua vida reprodutiva.

No plano das normas coletivas, o controle do nascimento dos filhos promoveu fortes embates na sociedade. A igreja foi uma das instituições que se adequou às novas referências ditadas pelos avanços dos processos de modernização, e já na segunda metade da década permitiu que os casais realizassem o planejamento familiar. No entanto, o uso das pílulas anticoncepcionais não foi aceito pela Igreja Católica, apenas os meios naturais poderiam ser utilizados como recursos contraceptivos⁹. Esta circunstância não foi impeditivo à difusão da contracepção hormonal. A vida privada não cedeu aos dogmas católicos e o cotidiano feminino foi vivido de acordo com as necessidades sexuais e reprodutivas das mulheres ou do casal.

No cotidiano, as mulheres pioneiras no uso das pílulas tiveram que se adaptar a rotinização da tomada diária do medicamento, traçar estratégias para driblar os possíveis esquecimentos e amenizar os efeitos indesejáveis, articular manobras para escapar dos olhares condenadores dos balconistas de farmácia e gerenciar o uso fora do alcance dos pais. Casadas

e autorizadas, solteiras e “fora das normas”, não importa as circunstâncias do uso, a pílula impunha regras e normas cotidianas que fizeram as mulheres reestruturarem seu dia a dia.

Essas gerações que vivenciaram o início da comercialização das pílulas anticoncepcionais pisaram em terrenos frágeis, fragmentados pelos desencontros de informações, dúvidas e controvérsias no uso do medicamento. Essas mulheres optaram por seguir prioritariamente as indicações e recomendações para o uso do fármaco. Mesmo aquelas que se espelhavam no cotidiano de outras e produziam suas próprias verdades sobre o uso das pílulas seguiam as recomendações advindas do conhecimento da biomedicina.

Seguir as recomendações e realizar o uso correto do medicamento era necessário para garantir a eficácia do anticoncepcional. O sucesso do medicamento e da gestão da vida reprodutiva estavam associados a utilização correta pela mulher. No senso comum a tecnologia não falhava, não continha erros, era eficaz, quem falhava era a mulher, era o humano. No âmbito do racional, a gravidez indesejada passava a ser vinculada a ideia de manejo inadequado da vida reprodutiva e não mais a sua natureza “fértil”.

Reflexos da racionalização da gestão da fecundidade disseminada nesta década ainda impactam na maneira como a contracepção é encarada nos dias atuais. Conforme contextualiza Cabral (2012), na perspectiva racional, os “fracassos” contraceptivos femininos muitas vezes são imputados à falta de informação e acesso aos métodos, fato que exime uma gama de fatores que integram a complexidade da questão. Não podemos naturalizar o manejo efetivo da contracepção como se ele fosse fruto único individual da mulher. A contracepção está inserida em um conjunto de relações sociais, estando “assentadas sobre dinâmicas relacionais e contextos afetivo-sexuais distintos”^{106:14}, seu manejo deve levar em consideração os múltiplos vetores existentes nas relações e o modo como esses influenciarão as escolhas do casal.

No tempo pós moderno, a sexualidade feminina segue em discurso. Novas reflexões sobre os processos reprodutivos ampliam as discussões sobre os corpos e revelam novas

dimensões a serem exploradas. Continuamos falando muito sobre sexo e sexualidade, mas, ainda encontramos permanências que resgatam o estereótipo da mulher “bela, recatada e do lar”, vividos por gerações anteriores aos anos de 1960.

A sexualidade colocada em discurso nas farmácias, embora mediada por diferentes dispositivos – a pílula em um contexto e a pílula do dia seguinte em outro -, ainda exige das mulheres enfrentar olhares e assumir atitudes muito semelhantes àquelas vividas pelas gerações pioneiras no uso das pílulas. Esse contato ainda é vivido por interações comedidas, envergonhadas e às escondidas. O estudo etnográfico realizado por Paiva e Brandão (2014), no período de 2011-2012, acerca da dinâmica de provisão da contracepção de emergência em drogarias da Zona Norte do Rio de Janeiro, nos mostra que os balcões das farmácias ainda são ocupados, em sua maioria, pelos homens e que isso muitas vezes impacta a compra. Balconistas entrevistados no estudo das autoras supracitadas relatam que as mulheres “vão pelo cantinho, ficam olhando as gôndolas até ficar mais vazio”, circunstância que prova que a sexualidade feminina ainda está sob julgamento social ^{108:1425}.

Em pleno século XXI, a mulher ainda precisa “disfarçar”, andar “à espreita” para ter acesso à métodos que viabilizem a gestão de sua fecundidade. Esta realidade nos faz imaginar como foi difícil para as pioneiras no uso das pílulas anticoncepcionais enfrentarem esses valores morais imputados pelos farmacistas, na época exclusivamente do sexo masculino, nos balcões das farmácias. Estratégias diversas foram utilizadas, não somente pelas mulheres solteiras, mas também pelas mulheres casadas que se viam presas às amarras sociais no momento da compra. Utilizar o nome comercial do fármaco, esperar o momento “certo” para interpelar o balconista, entregar simplesmente a receita sem nada dizer, enfim, driblar possíveis comentários ou olhares condenadores.

Durante os anos de 1960, a chegada de um comprimido - uma pílula mágica- que possibilitou à mulher exercer “sozinha” a gestão de sua fecundidade, num contexto de

centralização do método em seu corpo, de possibilidade do uso sem receita, da manutenção do segredo familiar e até mesmo do parceiro, proporcionou às mulheres uma independência, autonomia e sensação de liberdade nunca antes gozados. Nesse estudo, entendemos a pílula como um dispositivo que representou a pluralidade e heterogeneidade das relações de poder entre às mulheres e os diferentes atores envolvidos na dinâmica da gestão dos processos reprodutivos, permitindo às mulheres o agenciamento do exercício da governamentalidade²⁶. Elas agiram sobre a sua própria conduta, governaram a si mesma. Em suas técnicas de governo se elegeram dentro de seus próprios princípios éticos à condição de usuária, definiram o que poderia ser “normal” e aceitável em relação aos efeitos indesejáveis, lançaram mão de seus parceiros como uma das estratégias para o enfrentamento dos embates sociais, “encheram o peito de coragem” e deram um passo à frente para novas histórias.

6. Considerações finais

As pílulas anticoncepcionais, ainda nos dias de hoje, impactam e causam controvérsias, mostrando-se como uma questão dinâmica e não resolvida. Esses produtos se inovam continuamente e se, por um lado, é consenso a eficácia do método, por outro, persistem divergências quanto a suas indicações e segurança. Os meios de comunicação de massa (jornais, revistas e televisão) ainda mantêm em pauta o assunto dos contraceptivos e, especialmente os hormônios; a internet possibilitou a organização virtual de mulheres “vítimas dos hormônios” que em blogs, postagens e debates nas redes sociais anunciam os possíveis e temíveis problemas trombolíticos com o uso das pílulas. Novos tempos, novas dimensões a serem exploradas, entre elas, o poder de decisão da mulher sobre o seu corpo, sobre o exercício da gestão de sua fecundidade.

A proposta desta dissertação foi olhar as interações com as ciências médicas e as relações de gênero, através da lente de mulheres pioneiras no uso das pílulas anticoncepcionais, jogando luz sobre questões que envolvem a mulher, o corpo, as tecnologias reprodutivas, e revisitando o passado para rever o presente e repensar o futuro.

Contribuir para uma história social da incorporação das pílulas anticoncepcionais no cotidiano feminino implicou compreender os processos de aquisição de informações e de produções de saberes sobre o método, as formas como, segredos, tabus, estigmas sociais e normas sexuais e de gênero tradicionais foram enfrentados e, como esse medicamento foi sendo apropriado no dia a dia da mulher. Isso só foi possível a partir de uma aproximação empática e uma integração de confiança com as participantes de diferentes classes sociais, raças e credos, dispostas a compartilhar seu passado e cristalizar suas memórias.

Ouvir relatos íntimos que envolviam a vida sexual e reprodutiva, período tão particular e recheado de conflitos familiares e pudores sociais, exigiu compreendermos que algumas

declarações estavam imbuídas de interpretações das próprias mulheres sobre suas condutas e modos de viver. Essa sobreposição do presente sobre o passado é retratada por Samuel (1990) ao reconhecer que em História Oral o que conseguimos obter são interpretações de um passado, atravessado por experiências do presente e, muitas vezes, influenciadas pelas questões levantadas pelo entrevistador¹⁰⁹.

No desafio de registrar as memórias das pioneiras no uso das pílulas, ser reconhecida como profissional de saúde em uma instituição produtora de tecnologias médicas, pode ter influenciado algumas respostas principalmente por se tratarem de conteúdos que versavam sobre o uso de medicamentos, intervenções médicas e processos voltados para saúde.

Neste contexto, buscamos discutir as informações pautadas nos processos culturais, sociais e políticos que permearam a década e fizeram parte das transformações nos discursos científicos e nas intervenções médicas sobre os corpos femininos, retratando os diferentes sentidos existentes nos relatos das mulheres ao discursarem sobre suas interações com médicos, parceiros, familiares, amigas e profissionais de farmácia, acerca do efeito das pílulas em suas vidas reprodutivas.

A aquisição de informações inéditas recuperadas a partir da primeira geração de consumidoras de pílulas anticoncepcionais nos permitiu produzir conteúdo descritivo que amplificam as possibilidades de reflexões acerca da história dos anticoncepcionais hormonais orais, preenchendo lacunas na esfera científica ao promover maior visibilidade às mulheres nos estudos sobre contracepção.

Concluir essa etapa, mais do que findar um trabalho, significa abrir novas possibilidades de estudos que utilizem a ferramenta da história oral para fazer a interlocução entre ciências sociais e tecnologias médicas, articulando gênero, geração e memória, tendo como enfoque dar vez e voz as mulheres brasileiras ao retratarem o seu corpo e suas necessidades sexuais e reprodutivas.

7. Referências^{XXX}

- 1- Nucci M. Seria a pílula anticoncepcional uma droga de “estilo de vida”? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, n.10, pp.124-139, 2012.
- 2- Watkins ES. *On the Pill. A Social History of Oral Contraceptives 1950-1970*. London: The Johns Hopkins University Press, 1998.
- 3- Fonseca Sobrinho D. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; FNUAP, 1993.
- 4- Pedro JM. Entre a ameaça da “Bomba Populacional” e a emancipação do corpo das mulheres: o debate sobre a contracepção no Brasil e na França (1960-1970). *Proj. História*. São Paulo, n.25, p. 243-256. 2002.
- 5- Pedro JM. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Rev. Bras. Hist.* [online], v.23, n.45, p. 239-260, 2003.
- 6- Pedro JM. A trajetória da pílula anticoncepcional no Brasil (1960-1980). In: Monteiro YN. *História da Saúde: olhares e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.
- 7- Menezes VA. A mulher e a saúde nas propagandas de contraceptivos (1965-1970). *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH*. São Paulo, 2011
- 8- Manica DT. *Supressão da menstruação: ginecologista e laboratórios farmacêuticos re- apresentando natureza e cultura*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2003.
- 9- Souza Júnior A. *A política demográfica da Igreja e a medicalização da contracepção (1960-1980)*. Mestrado em História Cultural. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.
- 10- Richers R, Almeida EAB. O planejamento Familiar e o mercado de anticoncepcionais no Brasil. *Rio de Janeiro: Revista de Administração de Empresa*, v.15, n.4, p.7-21, 1975.
- 11- Pinch T; Bijker W. *The Social Construction of Facts and Artifacts: Or How the Sociology of Science and the Sociology of Technology Might Benefit Each Other*. *Social Studies of Science*, v.14, n. 3, p. 399-441, 1984.
- 12- Porter Roy. *The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity a form antiquity to the present*. London: Fontana Press, 1999.
- 13- Oudshoorn N. *Beyond the Natural Body: an archeology of sex hormones*. London and New York. Routledge, 1994.

^I As referências seguem as normas propostas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/ Fiocruz)

- 14- Latour B. Reagregando o social: uma introdução à teoria do Ator-Rede. Salvador: Edufba, 2012.
- 15- Matos AA; Lopes MF. Corpo e gênero: uma análise da revista TRIP Para Mulher Revista Estudos Femininos, Florianópolis. vol.16, n.1, 2008.
- 16- Laqueur, Thomas. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- 17- Rohden F. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. História, Ciência, Saúde- Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, suplemento, p.133-152, 2008.
- 18- Martins APV. Visões do Feminismo: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 288p. (coleção história e saúde)
- 19- Fausto-Sterling A. Dualismos em duelo. Cadernos pagu, n.17/18, pp.9-79, 2001/02.
- 20- Keller EF. The gender/ Science System: or, is sex to gender as nature is to science? In: Biagioli M (editor) The science studies reader. New York and London: Routledge, 1999.
- 21- Junod SW, Marks L. Women's trials: the approval of the first oral contraceptive pill in the United States and Great Britain. Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, v.57, n. 2, p.117-160, 2002.
- 22- Rodríguez-Ocaña E, Ignaciuk A, Ortiz-Gómez T. Ovulostáticos y anticonceptivos. El conocimiento médico sobre «la píldora» en España durante el franquismo y la transición democrática (1940-1979). Dynamis, v.32, n. 2, p. 467-494, 2012.
- 23- Bonan C et al. Absorção e metabolização dos hormônios sexuais e sua transformação em tecnologias contraceptivas: percursos do pensamento médico no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n.1, p.107-116, 2017.
- 24- Dias TM. Controvérsias e Estabilização: o debate sobre as pílulas anticoncepcionais no diário O Globo, nas décadas de 1960 e 1970. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da criança e do adolescente Fernandes Figueira. Fiocruz, 2015.
- 25- Maitre SC. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, n. 27, p. 3-12, 2013.
- 26- Foucault M. A governamentalidade. In: Microfísica do poder. São Paulo: Edições Graal, 2010.
- 27- Foucault M. História da Sexualidade I: vontade de saber. 13ªed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.
- 28- Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Microfísica do poder. São Paulo: Edições Graal, 2010.
- 29- Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002

- 30- Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface-Comunic., saúde educ.*, v.16, n.40, p.21-34, 2012.
- 31- Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- 32- Giami A. A Medicalização da Sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: História da Medicina ou História da sexualidade? *Physis: ver. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15 n.2, p.259-284, 2005.
- 33- Marks L. *Sexual chemistry. A history of contraceptive pill*. New Haven and London: Yale University Press, 2001.
- 34- Oudshoorn N, Pinch T. *How Users and Non-Users Matter*. In: *How Users Matter. The Co-Construction of Users and Technologies*. The MIT Press, 2003
- 35- Barros MML. *Velhice ou terceira idade?: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 4.ed, 2007.
- 36- Debert GG. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: Barros ML. (org.) *Velhice ou terceira idade?: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 4.ed. reimpressão: 2007.
- 37- Sirinelli JF. A geração. In: Ferreira MM, Amado J. (orgs). *Usos e abusos da história oral*. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
- 38- Magalhães LDR. *História, Memória e Geração: Remissão inicial a uma discussão político-educacional*. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, nº 55, p. 94-103, 2014.
- 39- Rousso H. A memória não é mais o que era. In: Ferreira MM, Amado J. (orgs). *Usos e abusos da história oral*. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
- 40- Thomson A, Frisch M, Hamilton P. Os debates sobre memória e história: alguns aspectos internacionais. In: Ferreira MM, Amado J. (orgs). *Usos e abusos da história oral*. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
- 41- Portelli A. em *O massacre de Civitella Val Di Chiana (Toscana, 29 de junho de 1944): mito e política, luto e senso comum*. In: Ferreira MM, Amado J. (orgs). *Usos e abusos da história oral*. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
- 42- Santos MS. *Memória coletiva e teoria social*. São Paulo: Annablume, 2003.
- 43- Souza M F, Franch M. *Condição e trânsito? articulando as categorias gênero e geração*. *Caderno Espaço Feminino - Uberlândia-MG* - v. 25, n. 2 - 2012 – ISSN online 1981-3082
- 44- Spindola T. Santos RS. *Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (dora?)*. *Rev Esc Enferm USP*; v.37, n.2, p.119-126, 2003.
- 45- Glat R, Santos RS, Pletsch MD, Nogueira MLL, Duque MAFT. *O método de história de vida na pesquisa em educação especial*. *Rev Bras Ed Esp*; v.10, n.2, p. 235-250, 2004.

- 47- Queiroz MIP. Relatos Oraís: Do “indizível” ao “Dizível”. Centro de Estudos Rurais e Urbanos. Departamento de Ciências Sociais- U.S.P. São Paulo, 1987.
- 48- Souza CM. A incorporação de relatos orais como fontes na pesquisa histórica. *Textos e Debates*, v. 2, n. 4, 2012.
- 49- Pollak, M. Memória, Esquecimento, Silêncio. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2. n.3, p.3-15,1989.
- 50- Bertaux D. *Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos*, Natal-São Paulo: EDUFRN/Paulus, 2010.
- 51- Jovchelovitch S, Bauer M.W. Entrevista Narrativa. In: Bauer M, Gaskell G. (org.) *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*.10.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- 52- Gaskell G. Entrevistas Individuais e Grupais. In: Bauer M, Gaskell G. (org.). *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*.10.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- 53- Gomes, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo, C.S (org.), Deslandes, SF, Gomes, R. *Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade*. 33.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- 54- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ªed. rev. e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.
- 55- Scott AS. Família: o caleidoscópio dos arranjos familiares. In: Pinsky CB; Pedro MJ. *Nova História das Mulheres*. São Paulo: Contexto, 2012.
- 56- Arend, SF. Meninas: trabalho, escola e lazer. In: Pinsky CB; Pedro MJ. *Nova História das Mulheres*. São Paulo: Contexto, 2012.
- 57- Schumacher Schuma Um Rio de Mulheres: a participação das fluminenses na história do Estado do Rio de Janeiro / Schuma Schumacher e Érico Vital Brazil. - Rio de Janeiro: REDEH, 2003. 100p.
- 58- Pinto CRJ. Feminismo, História e Poder. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, 2010.
- 59- Sarti CA. O feminismo brasileiro desde os anos de 1970: revisando uma trajetória. *Estudos Feministas*. Vol.12, n.2, 2004.
- 60- Knibiehler Y. *História da virgindade*. São Paulo: Contexto, 2016.
- 61- Del Priore M. *História do amor no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2006.
- 62- Pinsky CB. *Mulheres dos anos dourados*. São Paulo: Contexto, 2014.
- 63- Leal AF. Práticas sexuais no contexto da conjugalidade: o que implica a intimidade? In: Heilborn, ML et ali. *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

- 64- Carvalho FA. Fritz Kahn e alguns discursos sobre amor e sexo na história da educação sexual brasileira. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN 2179-510X
- 65- Cardoso Erika. O pornógrafo ingênuo: Carlos Zéfiro entre a História e a memória. XXVII Simpósio Nacional de História. Conhecimento histórico e diálogo social. Natal-RN, 2013.
- 66- Cardoso Erika. Carlos Zéfiro e os discursos morais no Brasil (1950-1970). Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2014.
- 67- Pinsky CB. Imagens e Representações: a era dos modelos rígidos. In: Pinsky CB, Pedro MJ. Nova História das Mulheres. São Paulo: Contexto, 2012.
- 68- De Luca TR. Imprensa Feminina: mulher em revista. In: Pinsky CB, Pedro MJ. Nova História das Mulheres. São Paulo: Contexto, 2012.
- 69- Pinsky CB. Imagens e Representações: a era dos modelos flexíveis. In: Pinsky CB, Pedro MJ. Nova História das Mulheres. São Paulo: Contexto, 2012.
- 70- Cunha, MF. Homens e mulheres nos anos 1960/70: um modelo definido? História: Questões & Debates, Curitiba: Editora da UFPR n. 34, p. 201-222, 2001.
- 71- Cavalcante IF; Morais MAC. Lendo o amor e a sexualidade na revista Realidade. In: Carvalho, Maria Eulina P.; Pereira, Maria Zuleide. Gênero e educação: múltiplas faces. João Pessoa: Editora da UFPB, 2003.
- 72- Leone ET; Baltar P. A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro. R. bras. Est. Pop., São Paulo, v. 25, n. 2, p. 233-249, 2008.
- 73- Matos MI; Borelli, A. Trabalho: Espaço feminino no mercado produtivo. In: Pinsky CB; Pedro MJ. Nova História das Mulheres. São Paulo: Contexto, 2012.
- 74- Rohden, F. A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- 75- Conrad P. The shifting engines of medicalization. Journal of Health and Social Behavior 2005, v. 46, p. 3-14. Downloaded from hsb.sagepub.com at IFF FIOCRUZ on July 26, 2016.
- 76- Del Priore Mary. Histórias íntimas. 2ªed. São Paulo: Planeta, 2014.
- 77- Del Priore Mary. História de conversas de mulher. 2.ed. São Paulo: Planeta, 2014.
- 78- Pedro MJ. O feminismo de “segunda onda”: corpo, prazer e trabalho. In: Pinsky CB, Pedro MJ. Nova História das Mulheres. São Paulo: Contexto, 2012.
- 79- Lefaucheur N. Maternidade, Família, Estado. In: Duby G, Perrot M, Thébaud F (direção). Histórias das Mulheres no ocidente: O século XX, São Paulo: Ebradil, v.5, Edição.565, 1995.

- 80- Diniz Debora. Aborto e Contracepção: três gerações de mulheres. In: Pinsky CB; Pedro MJ. Nova História das Mulheres. São Paulo: Contexto, 2012.
- 81- Bozon M. Novas normas de entrada na sexualidade no Brasil e na América Latina. In: Heilborn ML et ali. Sexualidade, família e ethos religioso. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- 82- Plem GGH. Das mulheres loucas e sem alma: práticas de aborto e infanticídio. ANPUH – XXIII Simpósio Nacional De História – Londrina, 2005.
- 83- Bajos N, Bozon M, Beltzer N. L'enquête sur la sexualité en France. Paris: La découverte, 2008.
- 84- Ferrand M. O aborto, uma condição para a emancipação feminina. Rev. Estud. Fem. Florianópolis, v.16, n.2, 2008.
- 85- Pereira PLN. Os discursos sobre a pílula anticoncepcional na revista Cláudia no período de 1960 a 1985. Dissertação de mestrado. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da criança e do adolescente Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2016.
- 86- Ramos GS. “Honra Sexual” e “Honra Moral” discursos em torno de crimes sexuais na Paraíba (1950/1970). Tese de Doutorado. Florianópolis, 2015.
- 87- Ramos GS. Entre o “sublime nome de mãe” e o “monstruoso crime”: Inventariando práticas de abortos e infanticídios na Paraíba (1960/1970). Dissertação de Mestrado. Recife, 2009.
- 88- Blumberg, NS. Da Mulher para a Mulher: O papel feminino na revista O Cruzeiro. Monografia de conclusão de curso em Comunicação Social- Jornalismo. Universidade Feevale, Novo Hamburgo. Porto Alegre, 2013.
- 89- Marques, AC. A mulher nas páginas da modernidade: a revista “O Cruzeiro” e a produção da “mulher moderna”. XVI Encontro Estadual de História – Poder, memória e resistência: 50 anos do golpe de 1964. Campina Grande, p. 245-254, 2014.
- 90- Salum Resalla. Contribuição ao estudo de um anticoncepcional de síntese de baixa dosagem, ativo por via oral: Mestranol + Norethindrone. Uberaba- Minas Gerais, 1968.
- 91- Souza Júnior A e Teixeira A. Relações de Gênero na contracepção hormonal: Uma análise das propagandas da indústria farmacêutica. Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, 2008.
- 92- Van Der Geest S; Whyte SR. O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. Sociedade e Cultura. Goiânia, v. 14, n. 2, p. 457-472, 2012.
- 93- Lana V; Teixeira LA. A colposcopia no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero: a experiência norte-americana. Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 39-50, 2015.

- 94- Paiva CHA; Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.
- 95- Coser MM. O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2001.
- 96- Sarreta FO. As Políticas Públicas de Saúde. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.
- 97- Teixeira LA. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.221-240, 2015.
- 98- Caldeira TR; Neves ERZ; Perini E. Evolução histórica das bulas de medicamentos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.737-743, 2008.
- 99- Barros JAC. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v.17, p. 377-386, 1983.
- 100- Bassanezi, Carla. Revistas femininas e o ideal de felicidade conjugal (1945-1964). *Cadernos Pagu*, n. 1, p.112-148, 2005.
- 101- Illich I. A expropriação da saúde: nemesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- 102- Sell CE. Racionalidade e racionalização em Max Weber. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v.27, n.79, p.153-233, 2012.
- 103- Martin E. A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro, Editora Garamond, 2006.
- 104- Hollanda HB; Gonçalves MA. Cultura e participação nos anos 60. São Paulo: Brasiliense, 1999.
- 105- Sirkis, Alfredo. Os carbonários. São Paulo: Círculo do livro, 1999
- 106- Cabral CS. Socialização contraceptiva e o aprendizado da sexualidade: uma abordagem socioantropológica do processo de construção da prática contraceptiva. XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais- ABEP. Águas de Lindóia/SP- Brasil, 2012.
- 107- Callou RSBLC, Caminha MFC, Batista Filho M. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. v. 18, n.1, p. 87-94, 2014.
- 108- Paiva AP, Brandão ER. A comercialização da contracepção de emergência em drogaria do município do Rio de Janeiro: aspectos éticos e metodológicos de uma pesquisa etnográfica. *Saúde Soc*. São Paulo, v.23, n.4, p.1417-1430, 2014.

109- Samuel, Raphael. História Local e História Oral. Revista brasileira de História. São Paulo: ANPUH/ Marco Zero, v. 9, n. 19, p. 234, 1989/ 1990.

ANEXO A - Pauta Temática

Ficha de Identificação

Número na pesquisa: _____

Ano de nascimento: _____

Idade atual: _____

Idade que iniciou o uso da pílula: _____

Cor (auto declarada): _____

| | Atual | Nas décadas estudadas |
|---|-------|-----------------------|
| Religião | | |
| Local de residência | | |
| Escolaridade | | |
| Ocupação | | |
| Condição conjugal | | |
| Se com companheiro: Escolaridade Ocupação | _____ | _____ |
| Renda individual e/ou familiar | | |

Dados Obstétricos:

| Dados Obstétricos | Gestação | Paridade | Aborto |
|-------------------|----------|----------|--------|
| Idade | | | |
| | | | |
| | | | |

1- Utilização de métodos para evitar a gravidez

O que fazia para evitar a gravidez

Em que circunstâncias passou a evitar a gravidez (após casamento/ noivado/ namoro/ após a chegada dos filhos)

A decisão pela escolha do método foi pessoal ou tomada em conjunto com o parceiro

2- Primeiro contato com pílulas anticoncepcionais

Quando e onde ouviu falar pela primeira vez sobre pílulas anticoncepcionais

Fontes de informação sobre as pílulas (amigas, parentes, revistas, jornais, unidades de saúde, etc.)

Tipo de informações vinculadas

Segurança adquirida com as informações obtidas

3- Decisão por fazer uso da pílula

Motivação para o uso da pílula

Decisão pelo uso de pílulas: pessoal, comum acordo com o parceiro

Decisão segura

Decisão influenciada pela família, amigos ou sociedade

4- Indicação da pílula

Quem indicou/ sugeriu o uso da pílula

Relação médico-paciente na regulação da fecundidade: a pílula foi oferecida ou solicitada

5- Prescrição médica

Uso de receita médica

Modo de usar a pílula presente na receita médica

Necessidade da receita para compra ou obtenção da pílula

Importância da receita médica para o uso da pílula, papel da receita médica.

6- Utilização da pílula

Como a pílula era utilizada

Quem ensinou a utilizar a pílula

Como você sentia ao utilizar esse método

Presença de efeitos colaterais

Acompanhamento médico

7- Aquisição das pílulas

Aquisição das pílulas: farmácia, organizações não governamentais, serviços de saúde, etc.

Meio de aquisição: a própria comprava, familiar comprava, amiga, etc.

Escolha pela pílula: nome da pílula especificada na receita, melhor marca, mais barato, etc.

Tomava sempre a mesma pílula

Motivos que a faziam trocar a pílula, troca sempre com indicação médica

8- Experiências com amigas ou familiares

Troca de experiência com amigas ou familiares (conversava sobre esse assunto com outras mulheres)

Sugestões ou indicações de amigas ou familiares

Circunstâncias que levaram a utilizar essas recomendações (efeitos colaterais, não indicação médica)

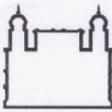
9- Como era ser usuária de pílula anticoncepcional

Implicação religiosa (a religião permitia)

Implicação familiar (a família aceitava, o marido aceitava)

Implicação social (o uso da pílula mudou algo na vida social, na rotina)

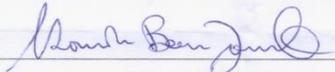
ANEXO B - Carta de autorização de utilização de dados

| | |
|--|---|
|  MINISTÉRIO DA SAÚDE Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ |  IFF INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA |
|--|---|

AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

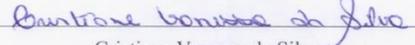
Eu, Claudia Bonan Janotti, responsável pela pesquisa “Histórias de prescrição de pílulas anticoncepcionais no Brasil entre 1960 e 1980: a construção de uma prática medicalizada”, iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IFF/Fiocruz em setembro de 2015 (CAAE 48939115.0.0000.5269), declaro que Cristiane Vanessa da Silva, tem autorização para utilizar as entrevistas do acervo da pesquisa para o desenvolvimento de seu projeto de mestrado intitulado “**Histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil, nas décadas de 1960 e 1970**”, e demais publicações a ele relacionado.

Rio de Janeiro, 01 de abril de 2016



Claudia Bonan Janotti

Eu, Cristiane Vanessa da Silva, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos da pesquisa “Histórias de prescrição de pílulas anticoncepcionais no Brasil entre 1960 e 1980: a construção de uma prática medicalizada”, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.



Cristiane Vanessa da Silva

ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil, nas décadas de 1960 e 1970.

Pesquisador: Cristiane Vanessa da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55290116.8.0000.5269

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.522.399

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem como objeto a utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil, nos anos de 1960 e 1970. Trata-se de um recorte da pesquisa intitulada "Histórias de prescrição de pílulas anticoncepcionais no Brasil entre 1960 e 1980: a construção de uma prática medicalizada", iniciada em 2015, sob a coordenação das professoras do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Fernandes Figueira (IFF)/ FIOCRUZ, Dra Claudia Bonan e Dra Ivia Maksud.

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar uma história social da incorporação das pílulas anticoncepcionais nas práticas contraceptivas das mulheres brasileiras, nos anos de 1960 e 1970.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos estão relacionados ao ato da entrevista. Para a prevenção de riscos ligados à perda da confidencialidade, esclarecemos que somente os pesquisadores terão acesso às entrevistas em suas versões originais. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem a identificação do participante, sua identidade será preservada, ou seja, suas declarações não serão identificadas. Mesmo assim, quaisquer dúvidas ou questões relativas ao entendimento de risco

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 1.522.390

poderão ser consultadas, a qualquer momento, com o comitê de ética ou com os próprios pesquisadores. O participante poderá desistir de sua participação em qualquer momento da pesquisa.

Benefícios:

Preencher as lacunas existentes nos estudos relativos ao uso dos contraceptivos hormonais orais, no âmbito da saúde coletiva. Estudar as vivências de mulheres que utilizaram pílulas, nos anos de sua introdução, uma memória pouco explorada e por vezes invisibilizada. Numa perspectiva histórica, refletir questões ainda atuais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo que utiliza o método da história oral, trabalhando sobre narrativas de mulheres acerca da utilização de pílulas anticoncepcionais, nas décadas de 1960 e 1970. Faz parte de um projeto maior já aprovado pelo CEP do IFF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São os mesmos utilizados para a realização da pesquisa original e já aprovados pelo CEP.

Recomendações:

Enviar ao CEP relatórios semestrais e final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_690907.pdf | 18/04/2016 10:25:27 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto-versao-cep.doc | 18/04/2016 10:24:31 | Cristiane Vanessa da Silva | Aceito |
| Orçamento | Orcamentocep.docx | 18/04/2016 10:23:57 | Cristiane Vanessa da Silva | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderostroplataforma.docx | 08/04/2016 19:13:07 | Cristiane Vanessa da Silva | Aceito |
| Outros | Registronavicespesquisa.docx | 08/04/2016 19:12:45 | Cristiane Vanessa da Silva | Aceito |
| Outros | Autorizacaodados.docx | 02/04/2016 20:51:02 | Cristiane Vanessa da Silva | Aceito |

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 1.522.399

| | | | | |
|--|-----------------|------------------------|-------------------------------|--------|
| Cronograma | Cronograma.docx | 02/04/2016 20:40:04 | Cristiane Vanessa da Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 02/04/2016 20:28:44 | Cristiane Vanessa da Silva | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 29 de Abril de 2016

Assinado por:
maria elisabeth lopes moreira
(Coordenador)

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO **CEP:** 22.250-020
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 **Fax:** (21)2552-8491 **E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz | | IFF INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA |
|--|---|--|--|

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**HISTÓRIAS DE PRESCRIÇÃO DE PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS NO BRASIL
ENTRE 1960 A 1980: A CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA MEDICALIZADA**

Pesquisadores responsáveis: Cláudia Bonan e Ivia Maksud

Instituição responsável pela pesquisa: IFF/Fiocruz

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo - RJ

Contatos: 2554-1928 e 2541-1831

Nome do voluntário/a: _____

Idade: _____ anos **R.G.:** _____

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa Histórias de prescrição de pílulas anticoncepcionais no Brasil entre 1960 a 1980: a construção de uma prática medicalizada, de responsabilidade das pesquisadoras Claudia Bonan e Ivia Maksud.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar as histórias de prescrição de pílulas anticoncepcionais no Brasil, nas décadas 1960 a 1980, a partir de relatos de médicos, de propagandistas farmacêuticos, de balconistas de farmácia e de mulheres.

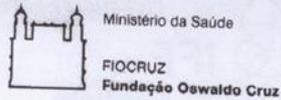
Sua participação se dará por meio da concessão de uma ou mais entrevistas, que serão gravadas e posteriormente transcritas. As perguntas são relativas à sua trajetória de vida e ligação com o tema das pílulas anticoncepcionais.

Esta pesquisa utiliza o método da história oral, buscando resgatar narrativas referentes às experiências de sujeitos para compreensão das histórias de prescrição de pílulas anticoncepcionais nas décadas de 1960 a 1980, permitindo registrar e analisar fatos que nos levem a descobrir interações entre percursos individuais e processos coletivos.

| TCLE | Rubrica voluntário (a) | Rubrica Pesquisador |
|------|------------------------|---------------------|
| | | |

APROVADO
VALIDADE: _____
INÍCIO 25/11/2015 FIM 31/10/2016
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA- IFF/FIOCRUZ
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
Email: cepiiff@iff.fiocruz.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ



Os riscos relacionados à sua participação são inerentes ao ato da entrevista. Para a prevenção de riscos ligados à perda da confidencialidade, esclarecemos que somente os pesquisadores terão acesso às entrevistas em suas versões originais. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação: sua identidade será preservada, ou seja, suas declarações não serão identificadas. Mesmo assim, quaisquer dúvidas ou questões relativas ao entendimento de risco poderão ser consultadas, a qualquer momento, com o comitê de ética ou com os próprios pesquisadores.

Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em artigos científicos, ou em dissertações ou teses de pesquisadores ligados às investigadoras principais, e apresentados em congressos no campo da Saúde Coletiva. As informações obtidas neste estudo contribuirão para estudos sociológicos e históricos que se ocupam da temática dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. Esperamos que essa pesquisa, além de contribuir para os referenciais teóricos desse campo científico, possa se destinar à construção de um saber que seja compartilhado com os profissionais da área da saúde e com a sociedade, de uma forma geral. Desta forma, as informações dadas por você poderão ser úteis na construção de conhecimentos relativos às políticas de saúde nacionais.

Sua participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária e você poderá abandonar ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Os investigadores também poderão retirar-lhe do estudo a qualquer momento, se julgarem que seja necessário para o seu bem-estar.

Agradecemos sua participação nesta pesquisa. Você receberá uma cópia deste documento, assinada por um dos pesquisadores, no qual constam os telefones e o endereço das pesquisadoras e do Comitê de Ética do IFF/Fiocruz. Desta forma, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

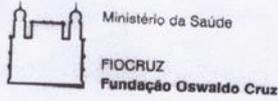
Sua participação no estudo não implicará qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

É garantido o direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

| TCLE | Rubrica voluntário (a) | Rubrica Pesquisador |
|-------|------------------------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ |

APROVADO
 VALIDADE:
 INÍCIO 25/9/2015 FIM 31/10/2016
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
 Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
 Email: cepiff@iff.fiocruz.br

me
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ



O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491).

Diante das informações acima, declaro conhecer que serei entrevistado (a), que li e entendi todo o conteúdo deste documento, que minha participação é voluntária e são garantidos minha privacidade e anonimato.

Assinatura _____
 Data _____
 Telefone _____

Testemunha

Nome _____
 Documento _____
 Endereço/telefone _____
 Assinatura _____
 Data _____

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____
 Assinatura _____

| | | |
|-------|------------------------|---------------------|
| TCLE | Rubrica voluntário (a) | Rubrica Pesquisador |
| _____ | _____ | _____ |

APROVADO
 VALIDADE:
 INÍCIO 25/9/2015 FIM 31/10/2016
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
 Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
 Email: cepiff@iff.fiocruz.br

me
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

APÊNDICE A

| Perfil das mulheres que utilizaram pilulas nos anos de 1960 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|-------------|------------------------|------------------|-------|-----------|--------|--------|------|-------|-----|-------------|--------------|---------------|----------|-----------|---|-------------------------------------|---|-------------------------|
| fictício | Nascimento | | | Início da Pilula | | | | Aborto | | | | Religião | Escolaridade | | Ocupação | C. Social | Situação Conjugal no momento do uso da pilula | Relação Sexual antes do casamento** | Assistência Médica para o uso da pilula | Residência Anos de 1960 |
| | Ano | Idade Atual | Idade nos anos de 1960 | Ano | Idade | Tempo Uso | Cor | Gesta | Para | Sim | Não | | Anos de 1960 | Anos de 1960 | | | | | | |
| Laura | 1939 | 76 | 21-30 | 1967 | 28 | 28 anos | branca | II | II | | X | Católica | Superior | Art. Plástica | CM | casada | Não | Privado | Leme | |
| Adélia | 1949 | 66 | 11-20 | 1969 | 20 | 5 anos | branca | IV | II | II | | Católica | Estud. Univ | Estudante | CA | solteira | Sim | Privado | Tijuca | |
| Joana | 1944 | 71 | 16-25 | 1967 | 23 | 6 meses | branca | | | | | Católica | Superior | Professora | CM | casada | Não | Privado | Copacabana | |
| Luana | 1954 | 61 | 6-15 | 1969 | 15 | 18 anos | branca | VI | III | II | | Metodista | 2º grau | Estudante | CM | solteira | Sim | Privado | Copacabana | |
| Liz | 1944 | 71 | 16-25 | 1966 | 22 | 28 anos | branca | III | III | | X | Católica | Superior | Professora | CA | casada | Não | Privado | Goiania | |
| Jéssica | 1947 | 68 | 13-22 | 1968 | 19 | 18 anos | negra | III | III | | X | Cristã | 1º grau | Do lar | CP | casada | Não | Privado | Ilha gover. | |
| Branca | 1947 | 68 | 13-22 | 1967 | 20 | 12 anos | branca | III | III | | X | Não | Estud. Univ. | Estudante | CM | solteira | Sim | Inexistente | Meier | |
| Salange | 1949 | 66 | 11-20 | 1964 | 16 | 1 ano | branca | III | II | I | | Católica | 2º grau | IBGE | CM | solteira | Sim | Privado | L. Machado | |
| Lidia | 1943 | 73 | 17-26 | 1966 | 23 | 9 meses | parda | IV | III | I | | Não | estud. Univ | Estudante | CM | casada | Não | Privado | Camp Grande | |
| Ingrid | 1943 | 72 | 17-26 | 1969 | 26 | 10 anos | negra | VIII | VIII | | X | Test. Jeová | 1º grau | Do lar | CP | casada | Não | Privado | N. Iguaçú | |
| Dora | 1940 | 76 | 20-29 | 1966 | 26 | 4 anos | negra | IV | II | II | | Católica | 1º grau | Do lar | CP | casada | Não | BEMFAM | Austim | |
| Dira | 1931 | 84 | 29-38 | 1963 | 32 | 7 anos | branca | I | I | | X | Católica | 2º grau | Professora | CM | casada | Não | Privado | Leblon | |
| Jandira | 1946 | 70 | 14-23 | 1964 | 18 | 5 anos | branca | V | IV | I esp | | Católica | 2º grau | Vend. livros | CP | casada | Não | Privado | São Paulo | |
| Jurema | 1946 | 70 | 14-23 | 1964 | 18 | 19 anos | branca | X | I | VIII | | Católica | 1º grau | Domestica | CP | solteira | Sim | Inexistente | São Gonçalo | |
| * Para Classe social: CA: Classe Alta; CM: Classe Média e CP: Camada Popular | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ** Relação sexual com penetração | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |